

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

Grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins

Direction générale de la santé
octobre 2011

SOMMAIRE

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX ASSOCIÉ AUX SOINS DENTAIRES

PRÉSENTATION DE LA GRILLE TECHNIQUE D'ÉVALUATION

La « grille d'évaluation » ci-dessous est un questionnaire permettant de vérifier l'application des règles d'hygiène et des bonnes pratiques professionnelles qui visent à prévenir la transmission d'infections associées aux soins dans les cabinets dentaires.

Ce questionnaire a été établi par la direction générale de la santé, avec le concours d'experts et de représentants des chirurgiens-dentistes[1], dans le cadre d'une politique d'amélioration de la sécurité des soins qui répond à une forte attente de la population et concerne l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice

<u>Un outil adapté aux spécificités des soins dentaires :</u>
L'activité des chirurgiens-dentistes présente, vis-à-vis du risque infectieux, des caractéristiques qui justifient une attention particulière : nombreux actes invasifs ; exposition constante au sang et aux liquides biologiques ; utilisation fréquente d'instruments réutilisables, souvent complexes et difficiles à nettoyer – donc à stériliser ; utilisation régulière d'eau ayant séjourné dans les circuits des « units ». Enfin les soins dentaires sont essentiellement dispensés dans des cabinets « de ville » qui ne bénéficient pas, comme le milieu hospitalier, de contrôles réguliers et de structures spécialisées dans l'évaluation et la prévention du risque infectieux : comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et équipes opérationnelles d'hygiène (EOH).

Ces particularités ont conduit la DGS à rédiger en 2006, avec des experts et des représentants des chirurgiens-dentistes, un guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie[2] qui constitue une référence pour les professionnels et les organismes en charge de la sécurité sanitaire.

Le questionnaire présenté ici complète ce guide. A travers les différents items qui la composent, cette grille d'évaluation réalise une revue de tous les domaines où la vigilance du praticien doit s'exercer pour prévenir le risque de transmission d'agents pathogènes :

- dix-neuf de ces items, notés en rouge et soulignés, correspondent à des recommandations essentielles dont le respect est indispensable à la sécurité des soins ;

[1] Ont participé à l'élaboration de ce questionnaire : la direction générale de la santé ; la direction générale de l'offre de soins ; les ARS de Bourgogne, de Franche Comté et du Languedoc-Roussillon ; l'Afssaps ; le conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ; l'Académie nationale de chirurgie dentaire ; l'Association dentaire française ; la Société française d'hygiène en odontostomatologie ; le CCLIN Paris-Nord ; le Service médical de l'Assurance maladie d'Ile de France ; plusieurs praticiens hospitaliers ou hospitalo-universitaires en odontologie.
[2] Ce guide est accessible sur le site du ministère chargé de la santé (dossiers par ordre alphabétique : rubrique « Dents ») ainsi que sur le site de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes.

- les autres items renvoient à des recommandations qui, pour n'être pas aussi impératives n'en ont pas moins une importance pédagogique majeure : elles soulignent les objectifs à atteindre et rappellent au praticien toutes les mesures de prévention du risque infectieux, à mettre en œuvre de façon adaptée en fonction des situations.

Ce questionnaire est mis dès à présent à la disposition des professionnels concernés (chirurgiens-dentistes, médecins stomatologistes, assistantes dentaires) qui peuvent l'utiliser comme outil d'autoévaluation, ou d'évaluation externe par les pairs (Ordres professionnels, organismes de formation continue,…).

Enfin, cette grille technique fournit également à l'administration de la santé et en particulier aux Agences régionales de santé (ARS), un outil utilisable lors des inspections de cabinets dentaires. Celles-ci pourront ainsi se dérouler selon des modalités harmonisées quels que soient la région et le type de cabinet dentaire concerné (cabinet libéral, cabinet situé dans un établissement de santé public ou privé, dans un centre de santé, une unité de consultation et de soins ambulatoires [UCSA] d'établissement pénitentiaire, ou encore dans un établissement médico-social).

Il convient de rappeler à ce propos que la mission de contrôle, d'inspection et d'évaluation qui incombe aux services de l'Etat découle d'un devoir général de protection des personnes et répond à une demande de plus en plus exigeante des usagers en matière de sécurité sanitaire.
La démarche d'inspection a été confiée aux ARS par le législateur (cf. article L. 1431-2 du code de la santé publique). Elle concerne de nombreux types de structures (laboratoires de biologie médicale, officines, établissements de santé publics et privés, centres de santé, cabinets de professionnels de santé d'exercice libéral, etc.). Elle s'exerce dans un cadre juridique bien défini et répond à des règles méthodologiques communes précisées notamment dans un « guide des bonnes pratiques d'inspection » établi par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

NB : l'association dentaire française (ADF), qui a participé au groupe de travail de la DGS et donc à l'élaboration de ce questionnaire, l'a publié sous forme de brochure en novembre 2011. Dans cette brochure, l'ADF fait suivre chaque « item » du questionnaire, d'une explication qui reprend les recommandations du « guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie » édité par le ministère en 2006.
Ces explications sont reproduites ici en accord avec l'ADF et figurent, en noir, sous le texte des questions. Elles comportent, sous une forme vivante et pédagogique, un rappel de la justification de la question, les moyens pratiques de mettre en œuvre la recommandation correspondante, ainsi que des références bibliographiques.

Composition du groupe de travail

Lucien **BRISSET** : PU-PH, faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg

Marie-Françoise **CHAMODOT** : Service médical de l'Assurance maladie d'Ile de France

Laurence **CHANTOISEAU** : ARS du Languedoc-Roussillon

Serge **DESCHAUX** : Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)

Odile **DEYDIER** : ARS de Bourgogne

Guy **ESPOSITO** : Direction générale de la santé (DGS)

Paul **KARSENTY** : Direction générale de la santé (DGS)

Danièle **LANDRIU** : CCLIN de Paris-Nord

Roger **MOATTY** : Académie nationale de chirurgie dentaire

Carole **MORLAN-SALESSE** : ARS du Languedoc – Roussillon

Alain **MOUTARDE** : Ordre national des chirurgiens-dentistes

Olivier **NEDELEC** : Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes – Union Dentaire (UJCD-UD)

Dominique **ORPHELIN** : Praticien hospitalier, (UCSA de Fleury-Mérogis)

Philippe **PANOUILLOT** : ARS de Franche-Comté

Philippe **ROCHER** : Association Dentaire Française (ADF)

Béatrice **ROUYER** : Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Paul **SAMAKH** : Ordre national des chirurgiens-dentistes

Roland **ZEITOUN** : Société Française d'Hygiène en Odonto-Stomatologie (SFHOS)

Liste des 19 items indispensables à la sécurité des soins

Question n° 8, p. 13 : (désinfection des mains)

Question n° 9, p. 14 : (gants à usage unique)

Question n° 11, p. 18 : (masque)

Question n° 12, p. 20 : (lunettes)

Question n° 14, p. 21 : (conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang [AES])

Question n° 18, p. 25 : (zone d'examen : présence de lavabo, produit hydro-alcoolique, …)

Question n° 19, p. 26 : (zone de tri : collecteurs de déchets)

Question n° 26, p. 31 : (purge début de séance)

Question n° 27, p. 32 : (purge fin de séance)

Question n° 31, p. 36 : (nettoyage des surfaces entre deux patients)

Question n° 33, p. 38 : (local spécifique pour traitement des DM)

Question n° 35, p. 39 : (bain de bouche antiseptique avant soins)

Question n° 39, p. 42 : (désinfection de l'opercule des cartouches d'anesthésique)

Question n° 40, p. 42 : (DM à usage unique jetés après emploi)

Question n° 41, p. 43 : (stérilisation à l'autoclave de tous les DM autoclavables)

Question n° 43, p. 44 : (immersion immédiate des DM dans un détergent-désinfectant)

Question n° 44, p. 46 : (mode d'emploi du détergent-désinfectant)

Question n° 57, p. 55 : (conformité du stérilisateur)

Question n° 58, p. 56 : (utilisation du cycle B du stérilisateur)

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

Rappels :

1) **les 19 questions dont le texte est noté en rouge (surligné en jaune) concernent des recommandations dont le respect est indispensable à la sécurité des soins.**

2) **Le texte d'explication qui suit l'énoncé de chaque question a été établi par l'Association dentaire française (ADF) à partir des recommandations du « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie » (Direction générale de la santé, 2006).**

3) **En fin de document (pages 70 à 76) sept fiches synthétiques rappellent l'essentiel des recommandations concernant :**
   - La désinfection des mains avec un produit hydro-alcoolique
   - Les précautions standard
   - La conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES) ou aux liquides biologiques
   - La gestion des déchets d'activité de soins
   - La stérilisation
   - Le traitement des dispositifs médicaux (DM)
   - La désinfection *chirurgicale* des mains avec un produit hydro-alcoolique

I - Formation, hygiène et protection du personnel

Question n°1

Qualification et formations du personnel ?
Quelles sont les définitions des fonctions du personnel ?
Le personnel est-il suivi régulièrement par la médecine du travail ?

Justifcation de la question
La qualification du personnel conditionne les tâches qu'il peut réaliser. Le personnel risque de se blesser en effectuant des tâches pour lesquelles il n'aurait pas été formé. Le suivi par la médecine du travail est obligatoire pour tous.

Explications et moyens pratiques

- **Qualification, formation et fonctions du personnel**

La convention collective nationale des cabinets dentaires identifie plusieurs catégories d'emplois au sein d'un cabinet dentaire :

-les emplois de la fabrication de la prothèse dentaire ;
-les emplois d'assistant(e) dentaire ;
-les emplois d'aide dentaire ;
-les emplois de réceptionniste ou d'hôtesse d'accueil ;
-les emplois de secrétaire technique, option santé ;
-les emplois d'entretien.

Pour chacun de ces emplois, la convention collective définit précisément :

-les qualifications et les formations requises ;
-et les tâches qui leur sont associées.

-Les actes relevant de la médecine bucco-dentaire ne peuvent être effectués que par un chirurgien-dentiste.
Parmi le personnel, seules les assistant(e)s et les aides dentaires qualifiées peuvent :
-nettoyer, décontaminer les surfaces des meubles et appareils dentaires ;
-débarrasser, décontaminer, nettoyer, stériliser et ranger les instruments.
Les réceptionnistes, secrétaires ou personnel d'entretien n'ont pas à manipuler des dispositifs médicaux souillés.

S'assurer que chaque membre du personnel a les qualifications requises pour effectuer les tâches qui lui sont allouées est primordial pour le bon fonctionnement du cabinet et contribuera à la sécurité des soins, tant vis-à-vis des patients que vis-à-vis de l'équipe elle-même.

- **Médecine du travail**

Les dispositions du Code du travail en matière de suivi par la médecine du travail sont applicables à tous les travailleurs (salariés et libéraux). Ces dispositions prévoient notamment un suivi régulier par la médecine du travail, dès l'embauche, puis selon une périodicité annuelle ou biannuelle en fonction du classement en Surveillance Médicale Renforcée ou non du travailleur.

Pour chaque emploi, une fiche de poste, qui est un descriptif de la fonction exercée dans une structure donnée, en prenant en compte l'environnement de travail et l'encadrement éventuel, peut être établie.

Bon à savoir / Astuces

Confier à une personne des tâches pour lesquelles elle n'a pas la qualification requise présente des risques importants pour le praticien.
Si un préjudice était causé au personnel durant l'exécution desdites tâches, le praticien verrait ses responsabilités civile, disciplinaire et pénale (voir notamment l'article 121-3 du Code pénal) engagées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992, étendue par un arrêté du 2 avril 1992, JO du 9 avril 1992)
Code du travail (articles R4624-10 et suivants)
Code de la santé publique (articles L4141-1 et L4161-2)

Question n°2

L'équipe soignante a-t-elle été vaccinée contre l'hépatite B ?
Le praticien connaît-il le statut vaccinal de ses employés ?

Justifcation de la question
La vaccination contre l'hépatite B fait partie des obligations vaccinales pour toute personne exposée à des risques de contamination. La vaccination évite les contaminations.

Explications et moyens pratiques

- **Vaccination de l'équipe soignante contre l'hépatite B**

L'immunisation contre l'hépatite B mais aussi contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est rendue obligatoire par le Code de la santé publique (article L3111-4).

- **Connaissance par le praticien du statut vaccinal de ses employés**

Le statut vaccinal des salariés est vérifié par le médecin du travail dans le cadre des visites obligatoires (cf. Question n° 1). Ces informations sont confidentielles. Suite à ces examens, une fiche médicale d'aptitude est établie en double exemplaire par le médecin du travail, un exemplaire étant destiné à l'employeur.

Bon à savoir / Astuces

Le médecin du travail peut constater que le salarié répond ou ne répond pas aux obligations légales de vaccination. Pour déterminer l'avis d'aptitude du salarié, le médecin du travail doit tenir compte de l'importance du risque, des moyens de prévention collective et individuelle mis en place, de l'état de santé du salarié et son état immunitaire. Les inaptitudes partielles, totales ou temporaires impliquent pour l'employeur une recherche de reclassement et, à défaut de possibilité de reclassement, le conduisent à licencier. La procédure de licenciement prévue par le Code du travail doit être respectée. La jurisprudence a estimé qu'un licenciement qui respectait ces différents éléments était justifié par une cause réelle et sérieuse.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS Sur les vaccinations obligatoires :
Code de la santé publique (article L3111-4)
Arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L3111-4 du Code de la santé publique
Sur la fiche médicale d'aptitude :
Code du travail (article D4624-47)

Question n°3

Avez-vous connaissance du *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie* ? (accessible en ligne sur le site du ministère chargé de la santé) Ce guide est-il consultable dans le cabinet ?

Justifcation de la question

Ce Guide, rédigé par des représentant de la profession et la DGS, doit servir de base pour la mise ne place des procédures d'hygiène et d'asepsie dans le cabinet. Les membres du cabinet doivent pouvoir s'y référer en cas de nécessité.

Explications et moyens pratiques :

Le *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie* présente les recommandations qui visent à prévenir la transmission d'agents pathogènes lors de la réalisation des soins d'odontostomatologie.
Les recommandations du guide soulignent les objectifs à atteindre ainsi que les mesures préventives de réduction du risque infectieux à adapter en fonction des situations.
Il est important que l'équipe de soins puisse le consulter aisément.
Le *Guide* est téléchargeable sur le site du Ministère de la Santé et sur la plupart des sites professionnels.

Bon à savoir / Astuces

Le *Guide* doit être disponible quelle qu'en soit la forme au cabinet : document papier, fichier PDF stocké sur l'ordinateur...
Sept fiches résumant les points importants du *Guide* ont été publiées en mai 2010. Elles ont été adressées à l'ensemble des confrères avec *La Lettre N°87 du Conseil de l'Ordre*. Ces fiches synthétisent 7 points importants du *Guide* :

-Traitement des dispositifs médicaux
-La stérilisation

-La désinfection des mains
-La désinfection chirurgicale des mains
-Précautions standard
-Accident exposant au sang
-La gestion des déchets d'activités de soins

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en chirurgie dentaire et en stomatologie, Ministère de la Santé, DGS, Juillet 2006
Sept fiches ONCD/DGS tirées du « Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en chirurgie dentaire et en stomatologie », ONCD/DGS, mai 2010
Ordre National des Chirurgiens Dentistes / Hygiène et asepsie : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/hygiene-et-asepsie.html

Question n°4

Vos vêtements de travail sont-ils exclusivement à manches courtes ?

Justifcation de la question

Le lavage et la désinfection par friction des mains sont facilités par l'usage de vêtements à manches courtes. Le lavage et la désinfection permettent d'éliminer la majorité des contaminations croisées qui sont d'origine manuportée.

Explications et moyens pratiques :

Il est recommandé pour tous les soins le port d'un vêtement de travail à manches courtes (tunique-pantalon ou à défaut blouse longue).
Ces préconisations font partie des Précautions Standard.

Bon à savoir / Astuces

Des vêtements à manches courtes ne sont pas suffisants pour assurer un bon lavage des mains. Les mains et poignets doivent être exempts de bagues, montres, bracelets … et les ongles doivent être courts.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, DGS, 2006

Question n°5

Avez-vous dans le cabinet plusieurs vêtements de travail à disposition ? Où sont-ils stockés ?

Justifcation de la question

Un vêtement de travail sale doit être immédiatement changé car les souillures sont sources de contaminations. Cela peut se produire plusieurs fois par jour.
Les vêtements de travail souillés ne doivent pas contaminer les vêtements de ville.

Explications et moyens pratiques

Le vêtement de travail doit être enlevé en fin d'activité, changé quotidiennement et en cas de souillure.

Il convient donc d'avoir plusieurs vêtements de travail à disposition dans le cabinet.

<u>Bon à savoir / Astuces</u>
Il est préférable de disposer dans le vestiaire de casiers individuels avec une double penderie : l'une pour les vêtements de travail et l'autre pour les vêtements de ville. Un collecteur pour les vêtements de travail sales peut être disposé dans le vestiaire. Un flacon de solution hydro-alcoolique permet de se désinfecter les mains lors du changement de vêtements.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, DGS, 2006

Question n°6

Le mode opératoire pour le lavage simple et l'utilisation de solution hydro-alcoolique (quand, comment, pendant combien de temps) est-il connu de tout le personnel ?

Justifcation de la question
Une utilisation adéquate de solution hydro-alcoolique permet de diminuer de façon significative les contaminations croisées manuportées.
Certaines situations contre-indiquent l'utilisation de solution hydro-alcoolique.

Explications et moyens pratiques

L'hygiène des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique fait partie des Précautions Standard (cf. fiches synthétiques en annexe).

- **Quand**

Avant et après chaque soin et examen
-Avant l'enfilage des gants
-Immédiatement après le retrait des gants non poudrés

- **Comment**

A réaliser sur les mains
-sans bijou ni alliance ni montre ou bracelet ;
-avec des ongles courts sans vernis ;
-visuellement propres et sèches ;
-non poudrées.
Technique en 7 temps selon la fiche diffusée par la DGS (cf. Questions 7)

- **Pendant combien de temps**

30 secondes environ ou séchage complet des mains.
Former l'ensemble des personnes impliquées (praticiens, assistantes, aides dentaires) aux règles de bases en hygiène et asepsie.

Afficher ou tenir à disposition des personnes impliquées une fiche de synthèse sur la «Désinfection des mains par friction hydro-alcoolique » (cf. Question 7).

Bon à savoir / Astuces

La friction des mains peut être répétée fréquemment. Après un grand nombre d'utilisations successives, variables selon les produits, il peut être nécessaire de procéder à un lavage, en raison d'un effet collant par cumul de couches de produits.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

SF2H | Société Française d'Hygiène Hospitalière | Publications http ://www.sf2h.net/outils-pedagogiques-sf2h.html Mission Mains propres 2011 - Dossiers - Ministère de la Santé http ://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres-2011

Question n°7

La fiche outil *Désinfection des mains par friction hydro-alcoolique* est-elle affichée dans le cabinet ?

Justifcation de la question

L'affichage de la fiche permet d'accéder facilement et rapidement à la fiche de protocole en cas de nécessité. C'est particulièrement utile pour le personnel nouvellement embauché et le personnel intérimaire.

(Voir, en fin de document, la fiche « La désinfection des mains »)

Explications et moyens pratiques :

L'hygiène des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique fait partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2). Les Précautions Standard doivent être systématiquement respectées. Il faut pour cela qu'elles soient connues.

Afficher ou tenir à disposition des personnes impliquées la fiche de synthèse sur la « Désinfection des mains » présentée ci-dessous.

Bon à savoir / Astuces

L'utilisation d'un classeur mural permet d'afficher un grand nombre de procédures et de fiches descriptives en un minimum de place.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

SF2H | Société Française d'Hygiène Hospitalière | Publications http ://www.sf2h.net/outils-pedagogiques-sf2h.html Mission Mains propres 2011 - Dossiers - Ministère de la Santé http ://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres-2011

Réalisez-vous systématiquement une friction avec un produit hydro-alcoolique avant et après chaque soin/examen ?

Justifcation de la question
L'usage raisonné de la friction hydro-alcoolique permet une diminution significative des contaminations croisées manuportées qui sont les plus fréquentes.

Explications et moyens pratiques :
L'hygiène des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique fait partie des Précautions Standard.
L'hygiène des mains regroupe des procédures différentes, adaptées à des situations différentes permettant de répondre à des objectifs différents :

-Le **lavage simple des mains** : permet l'élimination des salissures, avec un niveau limité de désinfection.

-Le **traitement hygiénique des mains par friction** permet une désinfection des mains efficace sur la flore transitoire (bactéries, levures ou virus), en cas de présence réduite de matières organiques. L'activité sur la flore permanente est limitée. La tolérance est améliorée par l'utilisation de produits spécifiques contenant des agents protecteurs et sans parfum.

-La **désinfection chirurgicale par friction** permet une désinfection des mains active sur l'ensemble de la flore (flore permanente et flore transitoire) dont l'effet se prolonge plusieurs heures sous gants.

La réalisation d'une friction avec un produit hydro-alcoolique n'est possible que si les mains sont :

-sans bijou ni alliance ni montre ou bracelet ;
-avec des ongles courts sans vernis ;
-visuellement propres et sèches ;
-non poudrées.

Les recommandations nationales émises en 2009 privilégient les méthodes de désinfection par friction, plus efficaces, plus rapides et mieux tolérées. Il est donc recommandé de supprimer les savons antiseptiques pour l'hygiène des mains.

Ce produit hydro-alcoolique doit satisfaire aux normes :

-Normes de base : Bactéricidie (NF EN 1040) et fongicidie sur *Candida albicans* (NF EN 1275).

-Normes d'application *in vitro* : NF EN 12054 (avec réduction de 5 log), ou pr EN 13727 - pour la bactéricidie, NFEN 14 476 pour la virucidie.

-Normes d'application *in vivo* : NF EN 1500 pour le niveau hygiénique et NF EN 12791 pour le niveau chirurgical.

Types de procédures	Produits/matériel	Objectifs	Indications
Lavage simple Risque infectieux limité	Savon doux non AS Eau du réseau Essuie-mains à usage unique non stérile	Eliminer les salissures Réduire la flore transitoire	Mains visiblement sales Gestes de la vie courante (après s'être mouché, être allé aux toilettes...) En début et fin de journée En présence de poudre sur les mains au retrait des gants Après tout contact accidentel avec du sang ou des liquides biologiques contaminés (AES) suivi d'une immersion dans un antiseptique au moins 5 min
Friction hygiénique Risque infectieux limité ou Risque infectieux intermédiaire	Solution ou gel hydro-alcoolique Procédure décrite dans l'Annexe 3	Eliminer la flore transitoire	Gestes de la vie courante (après s'être mouché, être allé aux toilettes...). En début et fin de journée. Avant et après chaque examen ou soin dentaire Avant enfilage et après retrait des gants Si FHA après lavage attendre 5 à 10 min FHA seulement si mains propres, sèches, gants non poudrés
Désinfection chirurgicale par friction hydro-alcoolique Risque infectieux élevé	Savon doux non AS Eau du réseau Essuie-mains à usage unique non stérile + Solution ou gel hydro-alcoolique Procédure décrite dans l'Annexe 4	Eliminer la flore transitoire et réduire la flore résidente de façon prolongée	Avant tout acte de chirurgie invasive au bloc Avant tout geste nécessitant une asepsie de type chirurgical

Bon à savoir / Astuces

Pour réaliser à chaque fois que cela est nécessaire une friction hydro-alcoolique, il est préférable de disposer des flacons à de nombreux endroits dans le cabinet : accueil, salle de stérilisation, salle de soins « côté assistante », zone de stockage...
La durée de conservation d'un PHA après ouverture est de : 1 à 3 mois selon les fabricants.

Pour limiter l'agression des mains :

-Règles lors du lavage : Pas de double dose de savon, rinçage méticuleux, essuyage doux et complet

-Remplacer les techniques de lavage par les techniques de friction chaque fois que possible. Ne jamais faire de friction immédiatement après le lavage. Attendre au moins 5 min.

-Utiliser une crème protectrice au moment des poses, après le travail et le soir (ne pas les utiliser en même temps qu'un savon ou un produit de friction).

En cas de problème cutané, consulter rapidement un dermatologue ou la médecine du travail afin d'identifier l'élément mal toléré (gant inadapté, bilan allergologique...).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :
ADF. Liste positive des désinfectants dentaires, 2009
SF2H | Société Française d'Hygiène Hospitalière | Publications http ://www.sf2h.net/outils-pedagogiques-sf2h.html
Mission Mains propres 2011 - Dossiers - Ministère de la Santé http ://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres-2011

Indispensable à la sécurité des soins Question n°9

Les gants à usage unique portés par l'équipe soignante sont-ils changés systématiquement entre chaque patient et lors de chaque interruption de soins (tél, accueil...) ?

Justifcation de la question
Les gants servent de protection physique entre les membres de l'équipe soignante et les patients limitant ainsi les contaminations. Pour éviter les contaminations croisées, ils doivent être changés systématiquement entre chaque patient.

Explications et moyens pratiques

Le port de gants fait partie des Précautions Standard.

Les gants assurent la protection des soignants et des patients en prévenant les transmissions croisées si :

-ils sont utilisés de manière appropriée,

-l'hygiène des mains est toujours pratiquée. **Le port de gants ne se substitue pas à la pratique de l'hygiène des mains** (lavage au savon et à l'eau ou friction hydro-alcoolique).

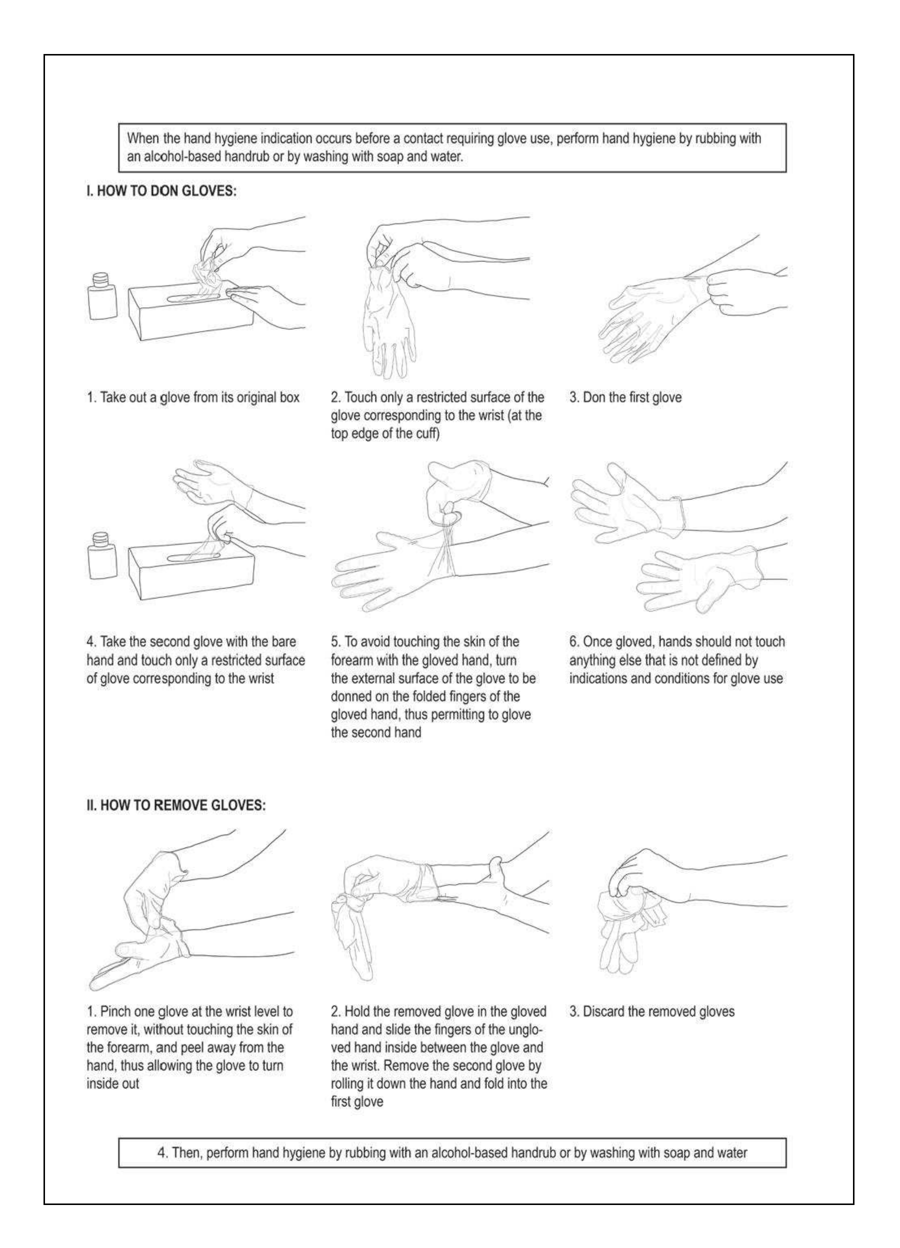
Les gants ont avant tout un effet barrière vis-à-vis des micro-organismes transmissibles par le sang. Ils préviennent les contacts cutanés avec le sang et les liquides biologiques contenant du sang, surtout en cas de peau lésée. Ils ont également un effet protecteur en cas de piqûre, surtout avec une aiguille pleine, par un phénomène d'essuyage de l'objet perforant, qui réduit significativement l'inoculum.

La technique d'enfilage des gants doit être maîtrisée afin de prévenir leur contamination, de même que la technique de retrait des gants afin de prévenir la contamination des mains des soignants.
Les gants se portent sur des mains à ongles courts, sans bijou.

Ces gants sont changés entre deux patients et en cours de soins à chaque fois qu'ils sont détériorés (piqûres, coupures). Il peut donc être nécessaire de changer plusieurs fois de gant pour un même patient. Toute interruption des soins (téléphone, accueil...) impose le retrait des gants puis leur changement. Pendant le déroulement de l'acte, ces mêmes gants ne doivent pas être souillés par le contact avec des équipements et des mobiliers, car ils pourraient ainsi contribuer à la transmission indirecte des agents infectieux aux patients et au personnel.

Former l'ensemble des personnes impliquées (praticiens, assistantes, aides dentaires) sur la « Technique d'enfilage et de retrait des gants de soins non stériles ». Afficher ou tenir à disposition de ces mêmes personnes une fiche décrivant la méthode.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :
SF2H | Société Française d'Hygiène Hospitalière | Publications http ://www.sf2h.net/outils-pedagogiques-sf2h.html Mission Mains propres 2011 - Dossiers - Ministère de la Santé http ://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres-2011



« Technique d'enfilage et de retrait des gants stériles ».

<u>Bon à savoir / Astuces</u>

Privilégier l'utilisation de gants non poudrés, car ils sont moins irritants et moins sensibilisants que les gants poudrés avec de l'amidon de maïs.
La présence de poudre est proscrite en association avec l'utilisation d'un produit hydro-alcoolique
Le lavage des gants ou l'utilisation de solution hydro-alcoolique sur ceux-ci est à proscrire. Cela les rend poreux et donc inefficaces.
Apres un certain temps d'utilisation (de quelques dizaines de minutes à quelques heures selon les gants), les gants deviennent poreux, ils doivent alors être changés. L'usage inutile et inapproprié des gants représente un gaspillage et un risque accru de transmission de germes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

OMS, Usage des Gants : Fiche d'Information, Avril 2010
OMS, Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins, 2010
ADF. Protection des mains au cabinet dentaire, 2003
ADF, Accidents d'Exposition au sang au cabinet dentaire, 2006

Avez-vous différentes sortes de gants ?

Justifcation de la question
Selon la nature de l'acte à réaliser (chirurgical ou non), la technique d'hygiène des mains et le type de gants choisis (stériles ou non) changeront.
Pour les manipulations de dispositifs médicaux souillés ou de produits chimiques, ce sont les qualités de protection des gants qui primeront.

Explications et moyens pratiques
Le port de gants fait partie des Précautions Standard.

Les **gants médicaux** sont destinés à l'usage médical pour la protection du patient et de l'utilisateur de toute contamination croisée. Ils doivent être conformes à la réglementation (marquage CE) et aux normes européennes (EN 455-1, -2 et -3).
Ces gants peuvent être stériles ou non stériles et sont systématiquement non réutilisables.

Parmi les gants médicaux, on peut distinguer :

-Les gants d'examen et de soins
Gants stériles ou non qui peuvent ou non être de forme anatomique, conçus pour la pratique d'examens médicaux, de diagnostics, d'actes thérapeutiques et pour la manipulation de matériel médical contaminé.

-Les gants de chirurgie
Gants stériles de forme anatomique, dont le pouce est légèrement décalé par rapport au plan de la main et placé devant l'index, et conçus pour être utilisés en chirurgie.

Les **gants de protection** sont destinés à protéger vis-à-vis de différents risques : chimiques, thermiques, mécaniques, radiations ... associés ou non à un risque infectieux. Ces gants peuvent être stériles ou non stériles et réutilisables ou non. Ces gants peuvent être en latex naturel, nitrile, vinyle ou polyuréthane.

Les gants utilisés doivent être stériles pour les procédures chirurgicales, mais peuvent être non stériles pour les examens ou procédures non chirurgicales.
Le double gantage en chirurgie est une pratique appropriée pour des interventions chirurgicales de longue durée (supérieure à 30 minutes), pour des procédures de soins impliquant un contact avec de grandes quantités de sang ou de liquides biologiques.

Le port de gants de protection est indispensable lors de la manipulation de produits chimiques (désinfectants et produits d'entretien).
Toutes les manipulations pour les phases de pré-désinfection et de nettoyage nécessitent le port de gants résistants non stériles à usage unique. Il faut aussi porter lunettes et masque contre le risque de projection.

Avoir à disposition 3 types de gants :

- *médicaux non stériles* pour les procédures ou examens non chirurgicaux pour le personnel soignant.
- *médicaux stériles* pour les procédures chirurgicales pour le personnel soignant.
- *épais de protection* pour les premières étapes de la chaine de stérilisation, lors du contact avec des désinfectants et des produits d'entretien (assistante et/ou aide dentaire, personnel d'entretien).

Bon à savoir / Astuces
Le port de gants n'exclut pas le lavage des mains.

La technique d'hygiène des mains doit correspondre au type de gants choisi. Avant l'utilisation de gants de chirurgie, il faut pratiquer une désinfection chirurgicale des mains par friction hydro-alcoolique.

Les gants ne constituent pas une protection absolue contre la contamination des mains. Celle-ci peut se produire lorsque les gants présentent des défectuosités ou lors du retrait des gants.

La friction hydro-alcoolique des mains reste la mesure essentielle garantissant leur décontamination après le retrait des gants si les mains sont propres (non poudrées).

Les lotions et crèmes protectrices contenant des huiles, de la vaseline ou d'autres produits à base de pétrole ne doivent pas être employées sous les gants (risque d'affaiblissement du matériau).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :
OMS, Usage des Gants : Fiche d'Information, Avril 2010
OMS, Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins, 2010
ADF. Protection des mains au cabinet dentaire, 2003
ADF, Accidents d'Exposition au sang au cabinet dentaire, 2006

Indispensable à la sécurité des soins Question n°11

L'équipe soignante porte-t-elle systématiquement un masque chirurgical pendant chaque soin ?
Quel type de masque avez-vous au cabinet ?
A quelle fréquence le changez-vous ?

Justifcation de la question
Lors des soins de nombreuses gouttelettes et projections peuvent atteindre le visage du personnel soignant. Le masque chirurgical les en protège.
Les appareils de protection respiratoire sont nécessaires pour se protéger des infections transmises par voie aérienne.

Explications et moyens pratiques
Le port du masque chirurgical fait partie des Précautions Standard.

Le **masque chirurgical**, anciennement appelé masque de soins ou masque médical, sert à éviter, lors de l'expiration de celui qui le porte, la projection de secrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes » ou « aérienne ». Il peut être équipé d'une visière pour protéger les yeux.

Porté par le personnel soignant :
-il prévient la contamination du patient et de son environnement (air, surfaces, matériels) ;
-il le protège contre les agents infectieux transmissibles par voie gouttelettes et contre un risque de projection de liquides biologiques (présence d'une couche

imperméable). Il peut être équipé d'une visière pour protéger les yeux.
Pour tous les soins en chirurgie dentaire, il convient de porter un masque chirurgical. Toutes les manipulations pour les phases de pré-désinfection et de nettoyage nécessitent le port de lunettes et masque contre le risque de projection et de gants résistants non stériles à usage unique.

Le masque chirurgical est un dispositif médical. La mention marquage CE doit apparaître sur l'emballage. Il doit également correspondre au Type IIR de la norme EN 14683 (efficacité de filtration bactérienne **≥** 98%, résistant aux éclaboussures).

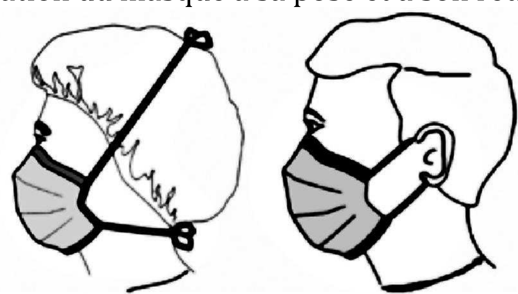
Test	**Type I**	**Type IR**	**Type II**	**Type IIR**
1. Efficacité de filtration bactérienne (EFB)	≥ 95%	**≥ 95%**	**≥ 98%**	≥ 98%
2. Pression différentielle	< 29,4	< 49	< 29,4	< 49
3. Pression de la résistance aux éclaboussures (mmHg)	Non exigée	≥ 120	Non exigée	≥ 120

Performance des masques chirurgicaux selon la norme EN 14683.
Note : les types IR et IIR sont « résistants aux éclaboussures »

Le masque chirurgical ne protège pas contre les agents infectieux transmissibles par voie aérienne (agents infectieux < 5 µm). Seuls les **appareils de protection respiratoire** (APR) protègent le porteur contre l'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie aérienne (tuberculose, SRAS, grippe aviaire …). Pour ce protéger de ces infections, l'APR doit correspondre à la classification FFP2 de la norme EN 149.

Technique de pose d'un masque chirurgical :

- -Faire une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique ;
- -Ne prendre qu'un seul masque dans la boite par sa partie centrale externe ;
- -Respecter le sens de pose : barrette rembourrée sur le nez en haut et plis plongeants (mention imprimée à l'extérieur du masque) ;
- -L'appliquer sur le visage en le tenant par les liens :
  - -Pour les masques à lanières : les liens supérieurs sont noués sur le haut de la tête ou au dessus des oreilles et les liens inférieurs au niveau du cou en plaquant bien le masque sous le menton
  - -Pour les masques à élastiques : les élastiques sont passés derrière les oreilles
- -Afin d'assurer une bonne étanchéité du masque chirurgical, le nez, la bouche et le menton doivent être recouverts. Ajuster la barrette nasale avec les 2 index pour l'étanchéité ;
- -Limiter la manipulation du masque à sa pose et à son retrait.



Bonnes modalités d'attache des liens.
D'après un dessin original de Xavier Gatineau

Le **masque doit être changé** entre chaque patient et chaque fois qu'il est humide. Son utilisation est limitée à 4 heures en continu.

Bon à savoir / Astuces

Les masques chirurgicaux doivent être portés selon un sens déterminé, car leur propriété de filtration en dépend.
Avant et après chaque changement de masque, faire une friction hydro-alcoolique. Le masque doit être mis avant de mettre les gants.
Un masque est porté ou jeté. Il ne doit pas être replié sous le cou.
Le masque doit être éliminé avec les DASRI.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

CCLIN Sud-Ouest, Recommandations pour l'utilisation des masques médicaux et des appareils de protection respiratoire dans les établissements de santé, Janvier 2007.
ADF. Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire. 2008.

Indispensable à la sécurité des soins Question n°12

Avez-vous des lunettes (ou des visières) de protection à disposition de toute l'équipe soignante ?
Dans quels cas les utilisez-vous et les faites-vous porter à votre personnel ?

Justifcation de la question

Lors des soins de nombreuses gouttelettes et projections peuvent atteindre les yeux du personnel soignant. Les lunettes les en protègent.
Lors de la réalisation de certains soins, des matériaux durs peuvent être projetés. Il est alors nécessaire de se protéger les yeux.

Explications et moyens pratiques

Le port de lunettes de protection fait partie des Précautions Standard.

Des lunettes de protection larges et munies d'un retour sur les côtés doivent être systématiquement portées pour tout acte générant des projections ou des aérosols. Elles peuvent être remplacées par des visières (masques à visière ou visière indépendante).
Pour qui :
personnel soignant : praticien, assistante dentaire
patient : lors de soins par aéro-abrasion, par aéro-polissage

Toutes les manipulations pour les phases de pré-désinfection et de nettoyage nécessitent le port de lunettes et masque contre le risque de projection et de gants résistants non stériles à usage unique.

Bon à savoir / Astuces

En cas de port de lunettes de vue, il est possible d'utiliser d'un masque à visière ou des lunettes de protection adaptées à la vue.
Des lunettes de protection larges peuvent aussi être portées au dessus des lunettes de vue.
Sauf exception, les lunettes de vue n'offrent pas une protection suffisante, notamment latérale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire. 2008.

Question n°13

Le personnel chargé des procédés de traitement des dispositifs médicaux a-t-il reçu une formation spécifique et régulièrement réactualisée ?
Ce personnel connaît-il les procédures à mettre en œuvre ?

Justifcation de la question
Le traitement des dispositifs médicaux souillés répond à des procédures très strictes. Cette tâche ne peut être accomplie que par certaines catégories de personnels qui doivent avoir validé une formation adéquate.

Explications et moyens pratiques

Le traitement des dispositifs médicaux comprend obligatoirement plusieurs étapes qui, pour être correctement appliquées, doivent être écrites et connues du personnel affecté à cette tâche.
Parmi le personnel, seules les assistantes et les aides dentaires qualifiées peuvent débarrasser, décontaminer, nettoyer, stériliser et ranger les instruments. Les réceptionnistes, secrétaires ou femmes de ménage n'ont pas le droit de manipuler des dispositifs médicaux souillés.

Certaines catégories de dispositifs médicaux (les PIR par exemple) nécessitent des procédures spécifiques qui évoluent en fonction des connaissances et du développement du matériel. La formation initiale du personnel doit être complétée par de la formation continue.

Affichage des différentes procédures (à privilégier) ou fiches techniques répertoriées dans un classeur.
Formation des nouveaux personnels en utilisant les fiches de procédures élaborées au sein du cabinet.

Bon à savoir / Astuces

L'utilisation d'un classeur mural permet d'afficher un grand nombre de procédures et de fiches descriptives en un minimum de place.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
Campus numérique Hygienosia - Hygiène - Désinfection - Stérilisation - Formation en ligne, www.hygienosia.com

Indispensable à la sécurité des soins

Question n°14

La fiche outil *Conduite à tenir en cas d'AES* est-elle affichée dans le cabinet ?
Est-elle connue du personnel ?
Le numéro de téléphone du service à contacter en cas d'AES figure-t-il sur la fiche ?

Justifcation de la question
Un Accident d'Exposition au Sang peut survenir à tout moment. La conduite à tenir doit être connue de tous.

Explications et moyens pratiques
La prévention des Accidents d'Expositions au Sang fait partie des Précautions Standard.

La conduite à tenir après un AES doit être connue de tous. Elle a été rappelée dans une circulaire du Ministère de la Santé visant à mettre en place un dispositif permanent garantissant la possibilité d'un accès à une prophylaxie contre le VIH dans un délai court quel que soit le lieu et le mode d'exercice de la personne victime d'une exposition importante à du sang potentiellement contaminant.

Afficher et tenir à disposition des personnes impliquées la fiche de synthèse sur la « Conduite à tenir en cas d'AES ». (Voir fiche en annexe)

Les **coordonnées du service à contacter** en cas d'AES peuvent être obtenues auprès de :
Ligne VIH INFO SOIGNANTS : 0 810 630 515 de 9h à 21h Ligne VIH INFO SERVICES : 0 800 840 800 24h/24

Bon à savoir / Astuces
Avoir des formulaires de déclaration d'accidents du travail (Cerfa n°60-3682). Déclarer l'accident de travail :

- auprès de son employeur pour le salarié. L'employeur doit informer dans les 48 heures la CPAM du lieu de travail, l'inspecteur du travail et son assureur à l'aide du formulaire Cerfa n°60-3682.
- auprès de leur assureur, dans les 48 heures, pour les praticiens libéraux à condition d'avoir antérieurement souscrit une assurance volontaire « Accident du travail - Maladie professionnelle » auprès de la sécurité sociale ou une assurance privée.

La déclaration d'accident du travail (DAT) pour les salariés du régime général (Cerfa 60-3682 & S6200) peut être effectuée en ligne sur le site de Net-Entreprise (www.net-entreprises.fr/html/dat.htm). Pour pouvoir déclarer en ligne, il faut au préalable être inscrit sur Net-Entreprises.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :
ADF, Accidents d'Exposition au sang au cabinet dentaire, 2006.
ADF. Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire. 2008.
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
Formulaire Cerfa n°60-3682 - Autre n°S6200, http ://vosdroits.service-public.fr/R14587.xhtml

Question n°15

Utilisez-vous un dispositif de recapuchonnage d'une seule main ?

Justifcation de la question
30% des Accident d'Exposition au Sang sont dus aux aiguilles d'anesthésie. Il ne faut jamais recapuchonner les aiguilles à deux mains.

Explications et moyens pratiques

La prévention des Accidents d'Expositions au Sang fait partie des Précautions Standard.

Un AES peut survenir en recapuchonnant une aiguille à deux mains.
Il ne faut pas recapuchonner les aiguilles ou même les désadapter avec deux mains. Il est préférable de déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié.
Si le recapuchonnage ne peut être évité, il s'effectue à l'aide d'un dispositif spécifique à une main.

Le recapuchonneur permet de recapuchonner l'aiguille entre 2 anesthésies ou en fin d'anesthésie lors d'un soin dentaire pour un même patient en n'utilisant qu'une main.

Bon à savoir / Astuces
Pour limiter les risques, il faut utiliser des pinces pour la désinsertion de l'aiguille ou du matériels de sécurité :

- recapuchonneur ;
- seringue double corps ;
- aiguille rétractable ;
- destructeur d'aiguille.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

Groupe d'Etude sur le RisqGroupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES), Guide des matériels de sécurité et des dispositifs barrières, édition 2010
www.geres.org

II - Locaux

Question n°16

Des revêtements non poreux et facilement lessivables sont-ils privilégiés pour toutes les surfaces (sols, murs, mobilier, plan de travail, unit ...) dans la salle de soins comme dans la salle de traitement des DM ?
Le sol des salles chirurgicales (implantologie) est-il en revêtements thermoplastiques avec remontées en plinthes et gorge arrondie ?
Les angles vifs et les recoins (plan de travail, poignées de meuble...) ont-ils été supprimés ?

Jutifcation de la question :
Les matériaux lisses et sans aspérités sont facilement nettoyables.
La propreté du local et des surfaces constitue un préalable indispensable pour assurer des soins en toute sécurité.
Le respect de ses recommandations facilite le bio nettoyage de la salle de soins et permet de le réaliser plus rapidement et plus efficacement.

Explications et moyens pratiques
La prévention du risque infectieux implique, pour l'ensemble du cabinet, un choix de revêtement non poreux et facilement lessivables : sols, murs, plafonds, mobiliers, étagères, plans de travail, unit et fauteuil, siège du praticien.

Pour les sols, et en particulier dans les pièces techniques (salle de soins…) préférer nettement les revêtements thermoplastiques en lés soudés à chaud par des joints parfaitement arasés ; les carrelages également lessivables sont acceptables dans les locaux à grand passage (couloirs, salle d'attente, sanitaires…) et sont posés de préférence avec des joints souples de très faible largeur.
Si les plafonds comportent des dalles, celles-ci devront comporter une finition de surface imperméable et lessivable.

Divers éléments constitutifs vont également contribuer à l'hygiène du cabinet en facilitant le nettoyage des locaux :

- la protection murale derrière les points d'eau pour éviter la dégradation des murs (lavabo, bacs, sanitaires, vidoirs…) ;
- la suppression des angles vifs, des recoins et des joints de différentes natures grâce à :
  - des sols remontés en plinthes avec une gorge arrondie,
  - une paillasse monobloc remontée en dosseret avec une gorge arrondie,
  - des meubles aux angles arrondis avec des poignées d'ouverture aux formes simples…

Les sols en revêtements thermoplastiques avec remontés en plinthes et gorge arrondie ne s'imposeront que dans les salles dédiées à l'implantologie.
Les meubles avec poignées d'ouverture aux formes simples et arrondies seront utilisés dans les salles de soins. Pour les salles dédiées à l'implantologie, les meubles seront en nombre très limité. Les dessertes sur roulettes seront préférées.

Bon à savoir / Astuces
Attention à l'incompatibilité de certains produits décontaminant avec les matériaux des meubles. Le Corian® par exemple ne peut pas être nettoyé avec des produits contenant des phénols. L'eugénol tâche aussi ce matériau.

Si des carrelages sont utilisés dans la salle de soins, ceux-ci devront être les plus grands possibles et rectifiés (= sans biseau marginal) permettant ainsi de limiter la taille des joints, parfaitement lisses et non poreux. Des produits spécifiques permettent d'étanchéifier les joints de carrelage.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :
ADF, Guide d'installation des cabinets dentaires, Aspects réglementaires et conseils, 2007

Question n°17

La zone d'examen et de soins est-elle individualisée des autres zones techniques ?

Justifcation de la question
Un agencement adapté favorise le respect des règles d'hygiène et d'asepsie en évitant que ne cohabitent des dispositifs médicaux souillés et d'autres propres ou stériles.

Explications et moyens pratiques

La disposition des pièces doit être déterminée par rapport au risque potentiel de contamination, à savoir :

- les zones administratives : accueil, bureau, attente patients ;
- les zones potentiellement contaminées : zone de traitement de matériel, zone de stockage des déchets, zone pour le matériel de ménage, sanitaires ;
- les zones dites protégées : zone d'examen et de soins, zone de conditionnement, de stérilisation et de stockage du matériel stérile et des médicaments.
-

En tout état de cause, la zone de soins doit toujours être individualisée des autres zones techniques.

Bon à savoir / Astuces

Dans la mesure du possible il est préférable que cela soit le cas pour des raisons d'hygiène et de confidentialité.
Le bureau indépendant de la salle de soins permet à l'assistante d'effectuer ses tâches de nettoyage plus efficacement.
Il permet au patient de mieux s'exprimer avec son praticien sans être entendu par une tierce personne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :
ADF, Guide d'installation des cabinets dentaires, Aspects réglementaires et conseils, 2007

Indispensable à la sécurité des soins Question n°18

La zone d'examen et de soins comporte-t-elle :
- un lavabo, de préférence à commande non manuelle ?
- un distributeur de solution hydro alcoolique et de savon liquide, de préférence avec recharge entièrement jetable (pompe y compris) ?
- un distributeur d'essuie-mains à usage unique ?

Justifcation de la question
L'hygiène des mains fait partie des Précautions Standard et permet à elle seule de diminuer de façon très importante les contaminations croisées. L'installation des locaux doit permettre une hygiène des mains optimale.

Explications et moyens pratiques

La zone de soins comportera un équipement pour l'hygiène des mains comportant :

- un lavabo sans trop-plein, de préférence isolé des plans de travail ; s'il y est intégré, il faut éviter de déposer des objets à proximité du poste d'eau, car ils y seraient exposés aux écla-boussures générées par le lavage des mains,
-une distribution d'eau, de préférence à commande non manuelle,
-un distributeur de solution hydro-alcoolique ou de savon liquide, de préférence avec une recharge entièrement jetable (pompe y compris),
-un distributeur d'essuie-mains à usage unique,
-une poubelle (dont l'ouverture est à commande non manuelle).

Bon à savoir / Astuces

La commande non manuelle n'est pas indispensable lorsque l'équipe respecte le protocole de lavage des mains qui consiste à essuyer les boutons du robinet avec la serviette jetable qui a servi à s'essuyer les mains.
Néanmoins, cette commande non manuelle est préférable et peut être une cellule photoélectrique, une commande au pied ou une commande au coude.
Le système à cellule photoélectrique présente des risques d'infections par localisation des germes sur la cellule qu'il est difficile de désinfecter.
Les systèmes de séchage des mains par air pulsée ou aspiration ne sont pas admis.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

ADF, Guide d'installation des cabinets dentaires, Aspects réglementaires et conseils, 2007

Indispensable à la sécurité des soins Question n°19

La zone de tri de la salle de soins comporte-t-elle :
- un collecteur OPCT (boite plastique) pour les déchets piquants, coupants, tranchants ?
- des collecteurs spécifiques permettant de transporter sans risque les autres déchets ?

Justifcation de la question

La nature des déchets conditionne leur filière d'élimination ou de valorisation. Le tri doit être effectué au plus proche de la production.

Explications et moyens pratiques

Du fait de l'existence de filières d'élimination spécifiques, les déchets doivent être triés dès leur production dans les conteneurs ou emballages réservés à leur élimination.

Une boîte à OPCT norme AFNOR NFX30-500 pour les déchets piquants, coupants, tranchants que l'instrument ait été utilisé ou non (exemple : lame de bistouri, aiguille) doit être présente dans la salle de soins. Les instruments déclassés devront suivre cette filière.

A proximité immédiate de la salle de soins, se situeront, pour les emballages intermédiaires :

- une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers ;
- une poubelle pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) : déchets mous et tout matériel ayant été en contact avec le patient (bavettes ...).
-

Les déchets d'amalgame font partie des déchets à risques qu'ils soient contaminés ou non. Ils doivent être séparés des autres déchets dès leur production.
Les déchets secs d'amalgame contenus dans le pré-filtre de l'unit ou dans les capsules pré-dosées sont conditionnés dans des emballages spécifiques (Norme AFNOR NFX30-502).

Bon à savoir / Astuces

Les collecteurs doivent par mesure d'hygiène se situer plutôt dans la partie du souillé de la salle de stérilisation que dans la salle de soins. Il faut trier les déchets dans la salle de soins,

immédiatement déposer dans le container approprié les OPCT et transporter le reste jusqu'à la salle de stérilisation dans de petits collecteurs qui y seront vidés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Question n°20

La séparation des déchets (les objets piquants, coupants, tranchants [OPCT], les déchets d'activité de soins à risque infectieux [DASRI], les déchets assimilables aux ordures ménagères [DAOM] et les déchets mercuriels) est-elle effectuée, dès la fin du soin, dans la salle de soins ?

Justifcation de la question
La nature des déchets conditionne leur filière d'élimination ou de valorisation. Le tri doit être effectué au plus proche de la production.

Explications et moyens pratiques

Du fait de l'existence de filières d'élimination spécifiques, les déchets doivent être triés dès leur production dans les conteneurs ou emballages réservés à leur élimination.

Une boîte à OPCT norme AFNOR NFX30-500 pour les déchets piquants, coupants, tranchants que l'instrument ait été utilisé ou non (exemple : lame de bistouri, aiguille) doit être présente dans la salle de soins. Les instruments déclassés devront suivre cette filière.

A proximité immédiate de la salle de soins, se situeront, pour les emballages intermédiaires :
-une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers ;
-une poubelle pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI norme AFNOR NFX30-501 : déchets mous et tout matériel ayant été en contact avec le patient (bavettes …).

Les déchets d'amalgame font partie des déchets à risques qu'ils soient contaminés ou non. Ils doivent être séparés des autres déchets dès leur production.
Les déchets secs d'amalgame contenus dans le pré-filtre de l'unit ou dans les capsules pré-dosées sont conditionnés dans des emballages spécifiques (Norme AFNOR NFX30-502).

Bon à savoir / Astuces

Les collecteurs doivent par mesure d'hygiène se situer plutôt dans la partie du souillé de la salle de stérilisation que dans la salle de soins. Il faut trier les déchets dans la salle de soins, immédiatement déposer dans le container approprié les OPCT et transporter le reste jusqu'à la salle de stérilisation dans de petits collecteurs qui y seront vidés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

Question n°21

Le mobilier et les équipements sont-ils réduits au strict minimum (si possible, surélevés ou sur roulettes pour faciliter le nettoyage), dans la salle de soins comme dans la salle de traitement des DM ?

Justifcation de la question
Il est inutile d'exposer du matériel en permanence à une contamination aérienne. Le mobilier inutile complique et fait prendre plus de temps au nettoyage.

Explications et moyens pratiques

Le mobilier et les équipements réduits au strict minimum sont, si possible, sur pieds pour faciliter l'hygiène des sols ou, mieux, sur roulettes pour en faciliter le déplacement. Ils peuvent ainsi être stockés hors de la pièce si nécessaire. Ils doivent être faciles à nettoyer.
Pour ne pas exposer inutilement des matériels aux projections générées par les soins, les plans de travail et les parties supérieures des meubles de rangement sont dégagés au maximum.

Bon à savoir / Astuces

Lors de la construction du cabinet prévoir des gaines de passage de câble larges pour éviter la profusion de fils autour de l'unit.

Certains dispositifs (les microscopes par exemple) peuvent être fixés au mur ou au plafond pour faciliter le nettoyage des sols.

Il est préférable de fixer les meubles indispensables sur des murs porteurs de façon à ce qu'ils n'aient pas de pieds. Cela facilite grandement le nettoyage des sols.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF, Guide d'installation des cabinets dentaires, Aspects réglementaires et conseils, 2007
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

Question n°22

Quels moyens utilisez-vous pour protéger ou nettoyer les claviers informatiques en salle de soins (film plastique, clavier lisse …) ?

Justifcation de la question
Le clavier est une source de contamination croisée manuportée.

Explications et moyens pratiques

L'équipement informatique est éloigné au maximum de l'unit et n'est pas touché pendant le soin. Le cas échéant, cet équipement notamment le clavier sera emballé d'un film plastique.

Il existe des claviers, intégrant une surface tactile, parfaitement plate et résistante aux produits de désinfection.

Bon à savoir / Astuces

Il existe des claviers souples et étanches bon marché et facilement nettoyables.
Si une souris est utilisée, il faut privilégier les systèmes optiques plutôt que les systèmes à boule qui se remplissent de poussière.

Le système informatique accumule la poussière. Il doit régulièrement être dépoussiéré et aspiré pour garantir sa propreté et sa longévité. Dans la mesure du possible, il est préférable d'installer les unités centrales hors de la salle de soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007
Cleankeys, www.cleankeys.fr
TACTYS, www.tactys.com

Question n°23

Avez-vous un équipement facile d'entretien (fauteuil lisse et sans coutures, cordons lisses, système d'aspiration de préférence démontable, commandes à pédales) ?
Avez-vous un scialytique avec poignée recouverte d'une protection à usage unique changée entre chaque patient (ou traitement de la poignée entre chaque patient) ?

Justifcation de la question
Les surfaces de l'équipement sont contaminées lors des soins par les projections et le spray émis par les portes instruments rotatifs. Elles sont des sources de contaminations croisées manuportées. Pour diminuer ce risque, il faut que l'équipement puisse être facilement et rapidement nettoyé.

Explications et moyens pratiques
La zone de soins comportera un unit dont le choix intégrera, entre autres exigences, des critères d'hygiène :
- siège et dossier du fauteuil lisses et sans coutures,
- cordons lisses,
- système d'aspiration de préférence démontable,
- commandes à pédales ou par touches digitales sans relief,
- un scialytique avec une poignée recouverte d'une protection à usage unique pour chaque patient.

Ces critères doivent être pris en compte à l'achat de l'équipement.

Bon à savoir / Astuces
De par sa position, la poignée du scialytique est parfois oubliée lors du nettoyage entre chaque patient. Il faut veiller à faire respecter la procédure prévue.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

Question n°24

Quels moyens utilisez-vous pour maîtriser la qualité microbiologique des fluides du fauteuil (seringue air/eau ; tubulures et circuit d'alimentation) ?

Justifcation de la question
Des études ont montré que les concentrations bactériennes (10^4 à 10^5 UFC/ml) retrouvées dans les circuits d'eau sont bien supérieures à celles du réseau de distribution d'eau potable dont elle provient.

Explications et moyens pratiques

Il faut diminuer la concentration microbienne de l'eau des circuits d'eau afin d'éviter la survenue d'infections chez le patient et le personnel du cabinet dentaire par ingestion, contact direct ou par inhalation des aérosols générés par la seringue air/eau, la turbine, les contre-angles et pièces à mains ou les appareils à ultrasons.

Des méthodes physiques et chimiques sont employées pour maitriser la qualité microbiologique de l'eau des units : produits chimiques désinfectants, purge des tubulures, filtration de l'eau, systèmes anti-reflux.

Produits chimiques

Plusieurs dispositifs de désinfection sont proposés par les fabricants. Les désinfectants utilisés sont à base de chlore (exemple : hypochlorite de sodium avec 0,5 à 1 ppm de chlore libre pendant 10 minutes chaque jour), de peroxyde d'hydrogène, d'ammoniums quaternaires ...

Ces produits chimiques désinfectants peuvent être utilisés pour une désinfection périodique (selon les recommandations du fournisseur) avec un produit à concentration enlevée, nécessitant un rinçage abondant. Certains procédés permettent une utilisation en continu d'un produit faiblement concentré et non toxique.

Procédures physiques

La purge des tubulures permet de réduire de manière transitoire le nombre de bactéries en suspension dans l'eau (contamination liée à la stagnation de l'eau et à la contamination apportée par le patient le cas échéant).

Il est recommandé d'effectuer une purge d'au moins cinq minutes en début de chaque journée d'utilisation ainsi qu'une purge de 20 à 30 secondes entre deux patients.

La filtration permet d'améliorer la qualité microbienne de l'eau. On utilise à cet effet des filtres de 0,22 µm qui sont placés le plus près possible du PIR. La filtration à 0,22 µm ne prévient néanmoins pas le relargage d'endotoxines.

Informer l'ensemble des personnes impliquées (praticiens, assistantes, aides dentaires) sur l'importance de la qualité de l'eau des circuits d'eau des équipements dentaires, sur la formation des biofilms, sur les différents systèmes de traitement des circuits d'eau des équipements dentaires, et de la nécessité de suivre les protocoles.

Bon à savoir / Astuces

Certains équipements proposent, parfois en option, des systèmes de traitement de l'eau des circuits. Il faut s'y intéresser lors de l'acquisition du fauteuil.

Tous les produits ne se valent pas. Certains ont tendance à entrainer des dépôts dans les tuyauteries.

Des systèmes permettant d'automatiser les purges sont aussi de plus en plus souvent proposés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Prévention des infections associées aux soins en chirurgie dentaire dans les établissements de santé. CCLIN Sud Est, 2011

CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. http ://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm

Question n°25

Tous les instruments détachables (turbines, contre-angles, pièces à main, pièces à main à ultrasons) sont-ils retirés après chaque soin et traités séparément ?

Justifcation de la question
Tous les portes instruments rotatifs doivent être stérilisés. Pour cela il est nécessaire de les détacher de l'équipement dentaire pour les traiter.

Explications et moyens pratiques

Les pièces à main, contre-angles et turbines doivent être débranchées de l'unit et être traités selon un protocole qui leur est adapté.
Ce protocole comprendra nécessairement des étapes de pré-désinfection, nettoyage, rinçage, séchage et stérilisation.

Le retrait des PIR permettre d'assurer la désinfection des raccords avec les produits détergents désinfectants en même temps que l'unit entre chaque patient pour limiter la contamination croisée.

Commencer par démonter les PIR et débuter le traitement de leur surface en laissant agir la solution détergente désinfectante selon les recommandations du fabricant. Pendant ce temps, s'occuper du reste de l'unit.

Bon à savoir / Astuces

Les protocoles de traitement décrits par les fabricants des PIR doivent être suivis scrupuleusement.
Il est fréquent que ces protocoles aient recours à des automates.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

Indispensable à la sécurité des soins

Question n°26

Réalisez-vous une purge des équipements en début de séance avant la 1ère utilisation de l'unit pendant au moins 5 mn ?

Justifcation de la question
Cette purge permet de réduire transitoirement la concentration microbienne due à la prolifération des micro-organismes pendant la période de non-utilisation de l'unit dentaire. Par contre, cette purge n'a aucune action sur le biofilm.

Explications et moyens pratiques

Des études ont montré que les concentrations bactériennes (104 à 105 UFC/ml [UFC= unité formant colonie]) retrouvées dans les circuits d'eau sont bien supérieures à celles du réseau de distribution d'eau potable dont elle provient.

Il faut diminuer la concentration microbienne de l'eau des circuits d'eau afin d'éviter la survenue d'infections chez le patient et le personnel du cabinet dentaire par ingestion, contact direct ou par inhalation des aérosols générés par la seringue air/eau, la turbine, les contre-angles et pièces à mains ou les appareils à ultrasons.

De nombreux micro-organismes ont été isolés dans ces circuits d'eau : bactéries, virus, champignons, parasites eucaryotes, nématodes … Si la majeure partie de ces micro-organismes est d'origine environnementale et provient de l'eau alimentant l'unit dentaire, les micro-organismes (bactéries, virus (HCV, VIH, VHB), champignons…) en provenance de la cavité buccale ont aussi été retrouvés. Ils pourraient être responsables d'infections chez les sujets aux défenses immunitaires diminuées (sujets âgés, patients sous corticoïdes, patients sous traitement antibiotique, patients fumeurs, insuffisants respiratoires chroniques, patients diabétiques, patients VIH+…)

L'équipement est alimenté par le réseau d'eau potable ou par un réservoir indépendant. La conception des équipements dentaires favorise la stagnation de l'eau et la formation de biofilm. Le faible diamètre des tuyaux aboutit à une surface développée importante au regard du volume de liquide ce qui est propice au développement d'un biofilm.

Les purges de l'unit doivent être effectuées :

- en début de journée : purge de 5 minutes. Cette purge se fait avant de connecter les PIR.
- entre chaque patient : purge de 20 à 30 secondes. Cette purge se fait alors avec l'instrumentation dynamique souillée encore en place ou avant de brancher de nouveaux instruments.
- en fin de vacation : purge de 20 secondes. Cette purge se fait alors avec l'instrumentation dynamique souillée encore en place.

Un système de traitement de l'eau des circuits est mis en place :

- incorporation de produit de désinfection avec marquage CE obligatoire et normes NF EN 1040 (ou NF T 72-152) obligatoire sauf si norme de bactéricidie de phase 2 étape1 et NF EN 13727 (ou NF 726176).
-

Bon à savoir / Astuces

De nombreux units de dernière génération possèdent des emplacements spécifiques qui permettent d'effectuer ces opérations automatiquement, libérant ainsi l'assistante pour d'autres tâches.

Lors de l'achat d'unit penser à privilégier les fabricants ayant prévu de tels systèmes pour augmenter la sécurité de vos soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Prévention des infections associées aux soins en chirurgie dentaire dans les établissements de santé. CCLIN Sud Est, 2011

ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. http ://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm

Indispensable à la sécurité des soins **Question n°27**

Effectuez-vous une purge des équipements après chaque patient pendant 20 à 30 secondes ?

Justifcation de la question
Cette purge permet d'éliminer la majorité des fluides buccaux ayant pu pénétrer dans les circuits d'eau des units dentaires au cours des soins.
Cette purge doit être effectuée même si des dispositifs anti-reflux sont installés sur les units dentaires.

Explications et moyens pratiques
Des études ont montré que les concentrations bactériennes (10^4 à 10^5 UFC/ml) retrouvées dans les circuits d'eau sont bien supérieures à celles du réseau de distribution d'eau potable dont elle provient.

Il faut diminuer la concentration microbienne de l'eau des circuits d'eau afin d'éviter la survenue d'infections chez le patient et le personnel du cabinet dentaire par ingestion, contact direct ou par inhalation des aérosols générés par la seringue air/eau, la turbine, les contre-angles et pièces à mains ou les appareils à ultrasons.

De nombreux micro-organismes ont été isolés dans ces circuits d'eau : bactéries, virus, champignons, parasites eucaryotes, nématodes … Si la majeure partie de ces micro-organismes est d'origine environnementale et provient de l'eau alimentant l'unit dentaire, les micro-organismes (bactéries, virus (HCV, VIH, VHB), champignons…) en provenance de la cavité buccale ont aussi été retrouvés. Ils pourraient être responsables d'infections chez les sujets aux défenses immunitaires diminuées (sujets âgés, patients sous corticoïdes, patients sous traitement antibiotique, patients fumeurs, insuffisants respiratoires chroniques, patients diabétiques, patients VIH+…)

L'équipement est alimenté par le réseau d'eau potable ou par un réservoir indépendant. La conception des équipements dentaires favorise la stagnation de l'eau et la formation de biofilm. Le faible diamètre des tuyaux abouti à une surface développée importante au regard du volume de liquide ce qui est propice au développement d'un biofilm.

Les purges de l'unit doivent être mis en place :
- en début de journée : purge de 5 minutes. Cette purge se fait avant de connecter les PIR.
- entre chaque patient : purge de 20 à 30 secondes. Cette purge se fait alors avec l'instrumentation dynamique souillée encore en place ou avant de brancher de nouveaux instruments.
- en fin de vacation : purge de 20 secondes. Cette purge se fait alors avec l'instrumentation dynamique souillée encore en place.

Un système de traitement de l'eau des circuits est mis en place :
- incorporation de produit de désinfection avec marquage CE obligatoire et normes NF EN 1040 (ou NF T 72-152) obligatoire sauf si norme de bactéricidie de phase 2 étape1 et NF EN 13727 (ou NF 726176).

Bon à savoir / Astuces
Lors de la décélération des portes instruments rotatifs, il se produit une dépression qui peut engendrer l'aspiration de fluides contaminés et cela même en présence de valves anti-reflux.

De nombreux units de dernière génération possèdent des emplacements spécifiques qui permettent d'effectuer ces opérations automatiquement, libérant ainsi l'assistante pour d'autres tâches.

Lors de l'achat d'unit penser à privilégier les fabricants ayant prévu de tels systèmes pour augmenter la sécurité de vos soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Prévention des infections associées aux soins en chirurgie dentaire dans les établissements de santé. CCLIN Sud Est, 2011
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007
CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. http ://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm

Question n°28

Le corps de la seringue air/eau est-il nettoyé et désinfecté extérieurement entre chaque patient ?

Justifcation de la question
Lors de son utilisation, le corps de la seringue air/eau se contamine.

Explications et moyens pratiques

La seringue air/eau peut être contaminée à l'extérieur par projection et à l'intérieur par aspiration ou reflux. C'est pour cette raison qu'une valve anti-retour est conseillée.
Le corps de la seringue doit être nettoyé et désinfecté extérieurement.
Les embouts doivent être soit à usage unique, soit démontables et stérilisés entre chaque patient.

Bon à savoir / Astuces

La seringue air/eau fait partie des surfaces les plus touchées lors des soins. Le corps devient donc une surface particulièrement contaminée par les mains du personnel soignant d'une part et par les projections et sprays générés lors de son utilisation.

Les embouts à usage unique permettent un gain de temps considérable. Certains permettent même de donner un goût agréable à l'eau de la seringue.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

Question n°29

Votre équipement possède-t-il des valves anti-retour sur toutes les tubulures et les circuits d'alimentation en eau (turbine, contre-angle, ultra-sons, seringue air/eau) ?

Justifcation de la question
La dépression créée lors de l'arrêt des PIR peut engendrer une remontée de microorganismes dans les tubulures. Cela peut être la source d'une transmission de microorganismes de patient à patient

Explications et moyens pratiques

Les tubulures peuvent être contaminées par la remontée de germes lors de l'utilisation des instruments rotatifs, des détartreurs à ultrasons et de la seringue air/eau, spécialement en présence de réaspirateur de goutte (dispositif présent sur d'anciens portes instruments

rotatifs mais actuellement proscrit). Pour cette raison, un dispositif de valve anti-retour est fortement conseillé. Il doit être vérifié régulièrement : encrassage, usure …

Bon à savoir / Astuces

Les systèmes anti-retours peuvent se trouver au niveau de l'équipement lui-même ou au niveau de la tête des porte-instruments rotatifs (PIR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. http ://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm

Question n°30

L'alimentation en eau de l'unit par le réseau d'eau potable ou un réservoir indépendant répond-elle aux critères de potabilité ? Avez-vous un dispositif de traitement de l'eau ?

Justifcation de la question

L'utilisation d'une eau non potable pour réaliser les soins n'est pas compatible avec la sécurité des soins.
Le traitement de l'eau doit être efficace, car la conception des équipements dentaires est propice au développement d'un biofilm.

Explications et moyens pratiques

L'unit est alimentée par le réseau d'eau potable ou par un réservoir indépendant. La conception des units favorise la stagnation de l'eau et donc, la formation de biofilms et la prolifération de la flore hydrique. Des études ont montré que la charge bactérienne de l'eau non traitée des units peut souvent excéder 10^4 à 10^5 UFC/ml et comporter des micro-organismes potentiellement pathogènes.

Pour la réalisation d'actes chirurgicaux, l'utilisation d'eau stérile est recommandée.
Dans le cadre de l'amélioration de la sécurité des soins, il est justifié d'utiliser pour des soins dentaires une eau dont les caractéristiques correspondent au moins aux critères de potabilité.
Une eau est considérée comme potable dès qu'elle contient moins d'une colonie fécale/100ml et moins de 100 UFC/ml (bactéries aérobies à 22°C). [UFC= unité formant colonie]

L'optimisation de la qualité microbiologique de l'eau des units implique la lutte contre le biofilm, mais, une fois formé, celui-ci est pratiquement impossible à éliminer totalement malgré l'augmentation des doses de biocides. Les bactéries adhérentes sont 500 à 1000 fois plus résistantes aux biocides que leurs homologues planctoniques, et le biofilm peut alors devenir un réservoir primaire pour une contamination permanente du système.

L'unit dentaire doit être équipé d'un système de traitement de l'eau soit en continu, soit par intermittence. Les biocides utilisés doivent avoir une action à la fois sur les micro-organismes planctoniques et les micro-organismes en biofilm. Ils doivent permettre une élimination et/ou une inactivation du biofilm.

Bon à savoir / Astuces

Dans le cas d'un réservoir indépendant, ce dernier doit être nettoyé et désinfecté régulièrement à l'Eau de Javel®.
L'utilisation de produits comme le calbénium en continu, permet une réduction significative de la charge microbienne par l'utilisation d'EDTA et de chlorure de benzalkonium (bactéricide).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
ADF, Guide d'installation des cabinets dentaires, Aspects réglementaires et conseils, 2007
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Indispensable à la sécurité des soins Question n°31

Un nettoyage des surfaces à proximité de l'unit avec un produit détergent/désinfectant est-il réalisé entre deux patients ?

Justifcation de la question

Les surfaces à proximité de l'équipement sont contaminées lors des soins. Elles peuvent servir de réservoir à des micro-organismes responsables de contaminations croisées.

Explications et moyens pratiques

Toutes les surfaces de la salle de soins situées à proximité de l'unit sont contaminées de façon plus ou moins importante par des micro-organismes issus des patients, des intervenants et des matériels (contacts manuels, projections, aérosols provoqués par les turbines ...).

Cette contamination des surfaces constitue un réservoir potentiel pouvant jouer un rôle dans la contamination croisée. Il convient donc de mettre en œuvre des procédés visant à limiter ce risque. Il est possible de limiter le risque de contamination par :

- l'utilisation d'une double aspiration : aspiration à haute vélocité et pompe à aspiration,
- l'utilisation d'une digue,
- l'utilisation de plateaux stérilisables ou à usage unique pour toute présentation ou dépose d'instruments ou de matériels stériles.

Une fois produite, la contamination peut être éliminée par :

- un entretien (nettoyage-désinfection) des surfaces entre deux patients,
- un entretien quotidien des locaux,
- un système de ventilation adapté (mécanique ou naturelle, par aération régulière de la salle de soins).
-

L'entretien des surfaces entre chaque patient correspond à un nettoyage et une désinfection.

Cette opération peut être réalisée en trois étapes : nettoyage avec un produit détergent, rinçage, application d'un produit désinfectant ou bien en une étape, en recourant à un produit détergent-désinfectant. Dans ce dernier cas, une lingette à usage unique imbibée de produit détergent-désinfectant est appliquée sur les surfaces (fauteuil, dispositifs médicaux à proximité). Ces produits ne nécessitent pas de rinçage.
Les produits désinfectants ou détergents désinfectants utilisés doivent présenter une activité bactéricide et fongicide.

En cas de contamination par des fluides biologiques, ceux-ci doivent être éliminés par nettoyage, immédiat avec une lingette imbibée d'un produit détergent-désinfectant pour éviter tout séchage.

L'entretien des autres surfaces (sols, surfaces autres que celles du fauteuil et accessoires) sera réalisé quotidiennement ou immédiatement en cas de souillure par des fluides biologiques, selon les mêmes principes.

Dans tous les cas, il convient de se référer au mode d'emploi du produit détergent- désinfectant, désinfectant ou détergent utilisé (concentration d'utilisation, durée de conservation, mode d'emploi, protections lors de l'utilisation).

Bon à savoir / Astuces

Il ne faut pas laisser sécher de fluide biologique sur les surfaces. Il est plus facile de le nettoyer non séché.

Il ne faut pas essuyer les produits désinfectants ou détergents désinfectants sous peine de ne pas avoir l'effet de rémanence attendu.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007
ADF. Liste positive des produits désinfectants dentaires , 2009

Question n°32

Quelle est la procédure d'entretien de votre aspiration chirurgicale ?

Justifcation de la question

L'aspiration chirurgicale est un lieu particulièrement propice au développement des micro-organismes. Toutes les parties de l'aspiration doivent être régulièrement nettoyées et désinfectées.

Explications et moyens pratiques

Il faut distinguer séparément les deux parties du système d'aspiration :

- **Les embouts**
  - Pour la pompe à salive, ces embouts ou canules doivent être systématiquement jetés entre deux patients.
  - Pour l'aspiration à haute vélocité, les embouts ou canules doivent être soit jetés, soit stérilisés.
- **Les tubulures**
  - Le réseau de tubulures doit faire systématiquement l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection après tout acte sanglant. Il doit être l'objet d'un rinçage à l'aide d'un demi-litre d'eau après tout autre acte et doit être quotidiennement détartré et traité par l'aspiration d'une solution détergente/désinfectante adaptée.
  - Les filtres doivent être nettoyés et désinfectés quotidiennement.

Bon à savoir / Astuces

Actuellement aucun fabricant ne recommande une utilisation abusive des produits d'entretien. L'eau représente donc la solution la plus efficace après une chirurgie.

L'aspiration comme tout élément de l'unit doit être traitée par des solutions détergentes et désinfectantes.

Un usage excessif de ces produits peut endommager ou colmater les tubulures.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

Indispensable à la sécurité des soins Question n°33

Existe-t-il un local spécifique pour le traitement des dispositifs médicaux ?

Justifcation de la question

Pour être menées correctement, toutes les étapes de la chaine de stérilisation doivent se dérouler dans une pièce spécifiquement aménagée.

Explications et moyens pratiques

Un agencement adapté favorise le respect des règles d'hygiène et d'asepsie notamment en matière de chirurgie buccale.

La disposition des pièces doit être déterminée par rapport au risque potentiel de contamination, à savoir :

- les zones administratives : accueil, bureau, attente patients ;
- les zones potentiellement contaminées : zone de traitement de matériel, zone de stockage des déchets, zone pour le matériel de ménage, sanitaires ;
- les zones dites protégées : zone d'examen et de soins, zone de conditionnement, de stérilisation et de stockage du matériel stérile et des médicaments.

La zone de traitement des dispositifs médicaux doit toujours être individualisée des autres zones techniques.

Bon à savoir / Astuces

Bien qu'individualisée de la zone de soins, la salle de stérilisation doit être proche pour éviter des déplacements inutiles et être située dans une zone de faible passage.

Des revêtements non poreux et facilement lessivables sont privilégiés pour toutes les surfaces (sols, murs, mobilier, plan de travail, unit ...) dans les salles de soins comme dans la salle de stérilisation.

Il faut prévoir une bonne ventilation de cette pièce (VMC) en raison de l'utilisation fréquente de solutions de produits désinfectants, de bacs à ultrasons et d'autoclaves qui augmentent la température ambiante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Question n°34

Le local est-il organisé pour que le sale (dispositifs médicaux souillés) n'entre pas en contact avec le propre (là où les dispositifs médicaux sont contrôlés, emballés et stérilisés) ?

Justifcation de la question
Il est indispensable que le principe de « marche en avant » soit respecté. Cela signifie que les instruments sales sont réceptionnés puis traités dans un mouvement de progression continue.

Explications et moyens pratiques

Même en cas d'exiguïté des locaux, la zone d'entretien des dispositifs médicaux doit respecter certaines règles.

Elle sera pourvue de préférence d'un point d'eau indépendant pour le lavage des mains et d'un bac double pour l'entretien des dispositifs médicaux (1 bac pour le trempage et nettoyage, 1 bac pour le rinçage).
La zone est organisée de façon à ce que le matériel sale ne croise pas le matériel stérile : une partie sale où rentre l'instrumentation souillée pour y être nettoyée et une partie propre où les dispositifs médicaux sont contrôlés, emballés, stérilisés et stockés.

Bon à savoir / Astuces

Plusieurs organisations sont possibles pour l'installation de la salle de stérilisation. Les dispositions en U et en longueur sont les plus courantes.

L'emplacement du laveur désinfecteur, qui avec sa porte ouverte risque de bloquer l'accès à la salle de stérilisation, doit être choisi en fonction des impératifs de la « marche en avant ».

Les instruments stériles sont stockés en bout de chaine ou dans des emplacements dédiés à proximité des salles de soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007

III - Asepsie, antisepsie et actes dentaires

Indispensable à la sécurité des soins **Question n°35**

Un bain de bouche antiseptique est-il effectué avant tout soin ?

Justifcation de la question
L'utilisation d'un antiseptique en pratique dentaire vise à réduire la flore microbienne buccale, ainsi que la flore cutanée péri-buccale, susceptible d'être à l'origine d'une complication infectieuse liée aux soins.

Explications et moyens pratiques

L'activité recherchée est essentiellement une activité bactéricide et fongicide. La plupart des produits antiseptiques sont bactéricides, voire fongicides. En ce qui concerne les activités

virucides et sporicides, elles supposent des temps de contact, et souvent des concentrations en principes actifs, bien supérieurs à ceux compatibles avec la pratique des soins.

Le choix d'un antiseptique tiendra compte de son spectre d'activité antimicrobienne, de sa tolérance et du temps de contact nécessaire à son efficacité.

Avoir à disposition, dans la salle de soins, un flacon d'un bain de bouche antiseptique (chlorhexidine, hexetidine, ammoniums quaternaires, triclosan…).
Prévoir, pour les enfants, capables de cracher, un bain de bouche sans alcool.

L'efficacité des produits peut être considérablement réduite par la dilution, par la présence de matières organiques (sang et sérum) ou de substances incompatibles (tensioactifs).
Aussi, l'antisepsie proprement dite doit toujours être précédée d'une phase de détersion et d'une phase de rinçage. Le brossage des dents constituera cette phase de détersion, il doit être fortement recommandé au patient par le praticien avant chaque consultation.
En cas d'intervention à haut niveau de risque, le brossage soigneux des dents, suivi d'un rinçage abondant sera effectué avant l'antisepsie proprement dite.

<table>
<tr><th colspan="2">Geste de haut niveau de risque
Acte chirurgical</th><th>Geste de niveau de risque intermédiaire</th></tr>
<tr><td colspan="2">1. Bain de bouche</td><td rowspan="4">1. Bain de bouche

Tout produit de bain de bouche selon les indications du laboratoire pharmaceutique</td></tr>
<tr><td colspan="2">2. Application par badigeon sur la zone d'intervention ou irrigations sous-gingivale avec l'un des protocoles suivants :</td></tr>
<tr><td>1) Amukine® ou Dakin® (application sans dilution avec une compresse imbibée)
2) Rincer au sérum physiologique stérile ou à l'eau stérile
3) Amukine® ou Dakin® (application sans dilution avec une compresse imbibée)</td><td>1) Bétadine bain de bouche dilué
2) Rincer au sérum physiologique stérile ou à l'eau stérile
3) Bétadine dermique en application (zone péribuccale)</td></tr>
<tr><td colspan="2">L'efficacité de ces deux protocoles est comparable</td></tr>
</table>

Modalités de réalisation de l'antisepsie en fonction du niveau de risque infectieux lié à l'acte.

Bon à savoir / Astuces

Les précautions générales d'utilisation des antiseptiques sont à respecter :

- proscrire les mélanges et rester dans la même gamme de principes actifs lors de la réalisation de soins successifs (exemple : bains de bouche suivis de badigeonnage) ;
- ne pas déconditionner, ni transvaser ;
- utiliser de préférence les petits conditionnements ou des doses unitaires. Les monodoses sont indispensables pour les solutions aqueuses qui se contaminent fréquemment.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006.
ADF. Les agents locaux en odonto-stomatologie, 2009.
CDC. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. http ://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm

Question n°36

La date d'ouverture est-elle inscrite sur les antiseptiques et les autres flacons en service ?

Justifcation de la question
Il y a un risque de contamination des produits une fois qu'ils sont ouverts. En fonction du produit, une durée d'utilisation maximum doit être respectée.

Explications et moyens pratiques

Noter sur une étiquette ou sur le flacon la date d'ouverture et respecter la durée d'utilisation.
Conserver les antiseptiques à l'abri de la lumière et de la chaleur.

Bon à savoir / Astuces

Des inspections de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) peuvent avoir lieu dans les cabinets. Ces inspecteurs recherchent les produits périmés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Question n°37

Contrôlez-vous périodiquement le respect des dates de péremption et la durée d'utilisation après ouverture ?

Justifcation de la question
En fonction du produit, une durée d'utilisation maximum doit être respectée. Le respect de la date de péremption est indispensable pour que les produits restent efficaces.

Explications et moyens pratiques

Vérifier les dates de péremption lors du stockage des produits.

Bon à savoir / Astuces

Ranger les produits par dates de péremption.
Respecter le principe du premier entré / premier sorti (FIFO ou First In, First Out).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Question n°38

Pour quels actes utilisez-vous de l'eau stérile ou du sérum physiologique stérile ?

Justifcation de la question
Les micro-organismes présents dans l'eau des units peuvent entrainer une infection du site opératoire lors de la réalisation d'actes chirurgicaux invasifs (exposant un tissu normalement stérile) : mise en place de matériaux inertes comme les implants, mise en place de matériaux de comblement ou des membranes, chirurgie périapicale, extraction de dents incluses…

Explications et moyens pratiques

Les bactéries isolées de l'eau des units peuvent entraîner une colonisation, voire une infection, dans certaines circonstances : patients immunodéprimés, cancéreux, diabétiques, très jeunes enfants et personnes âgées.
Pour la réalisation d'actes chirurgicaux, l'utilisation d'eau ou de sérum physiologique stérile est recommandée.

Ne pas utiliser les circuits d'eau (seringue air/eau, turbine, pièce à main, contre-angle, appareils à ultra-sons…) des units dentaires, même équipés d'un système de traitement de l'eau.

Bon à savoir / Astuces

Utiliser des moteurs et des PIR reliés à un réservoir d'eau ou de sérum physiologique stérile uniquement dédiés à cette activité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
CDC 2003. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings. http ://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm

Indispensable à la sécurité des soins Question n°39

Pratiquez-vous la désinfection de l'opercule de chaque cartouche d'anesthésie avant utilisation ?

Justifcation de la question
L'aiguille qui perce un opercule contaminé peut entraîner la contamination de l'anesthésique qui sera ensuite injecté.

Explications et moyens pratiques

La désinfection des opercules de flacons utilisés en médecine fait partie des bonnes pratiques de soins. Il en va de même pour les cartouches d'anesthésique. En effet, ces conditionnements peuvent être contaminés, au cours du stockage, par des germes de l'environnement, mais aussi lors de manipulations ou par les aérosols présents dans le cabinet.

La désinfection du diaphragme de la cartouche d'anesthésique s'effectue avec de l'alcool éthylique à 70% (ou alcool isopropylique à 90%, pour usage pharmaceutique).

Bon à savoir / Astuces

Le nettoyage de l'opercule et la préparation de la seringue sont des tâches réalisées par l'assistante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007
ADF. Liste positive des produits désinfectants dentaires. 2009
CNSD. Un geste simple pour plus de sécurité. http://www.cnsd.fr/fr/actualites_a_la_une/un_geste_simple_pour_plus_de_securite

IV – Utilisation des dispositifs médicaux

Indispensable à la sécurité des soins Question n°40

Jetez-vous systématiquement après chaque patient tous les dispositifs médicaux à usage unique (notamment lame de bistouri, pompe à salive, pinceau d'application…) ?

Justifcation de la question
Ces dispositifs ne sont pas conçus pour être restérilisés. Leurs caractéristiques pourraient être altérées par une stérilisation à l'autoclave.

Explications et moyens pratiques
La stérilisation de dispositifs médicaux à usage unique est interdite par la réglementation.

Certains plastiques peuvent être stérilisés aux rayons gamma, mais ne supportent pas une température de 134°C (fonte, fissures). Les aciers inox ne sont pas les mêmes que ceux des dispositifs médicaux prévus pour être restérilisés. Ils sont plus sensibles à la corrosion et leur état de surface s'altère rapidement. Le tranchant des lames s'émousse les rendant impropres à l'usage.

Les dispositifs médicaux à usage unique doivent obligatoirement suivre une filière d'élimination distincte de celle des autres dispositifs médicaux.

Bon à savoir / Astuces
Il faut que les dispositifs médicaux dont l'emballage est pourvu du logo 2 barré soient clairement connus des assistantes.

Pour ne pas être tenté de restériliser des dispositifs médicaux à usage unique issus des kits de chirurgie, il faut choisir attentivement le kit (qu'il ne contienne pas de dispositifs médicaux inutiles) ou s'en faire confectionner sur mesure par des entreprises spécialisées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Indispensable à la sécurité des soins — Question n°41

Les dispositifs médicaux stérilisables à la vapeur d'eau (« autoclavables ») sont-ils tous stérilisés à l'autoclave ?

Justifcation de la question
L'autoclavage constitue la méthode de choix pour la stérilisation. Stériliser tous les dispositifs médicaux qui supportent ce traitement est un geste simple qui apporte le plus haut degré de sécurité.

Explications et moyens pratiques
Compte tenu du fait que la quasi-totalité des dispositifs médicaux utilisés en cabinet dentaire sont, soit stérilisables par la vapeur d'eau sous pression, soit à usage unique, le champ d'application de la procédure de désinfection intermédiaire dans le domaine dentaire est très limité.

En fonction du type d'acte effectué, les traitements possibles sont les suivants :
- catégorie critique => usage unique ou stérilisation des dispositifs médicaux à usage multiple
- catégorie semi-critique => usage unique, stérilisation ou désinfection. Dans la pratique dentaire, les instruments de cette catégorie sont également, le plus souvent, stérilisables à l'autoclave
- catégorie non critique => désinfection de bas niveau. Ces produits ne sont pas conçus pour être stérilisés

-

Le fait de n'avoir qu'une seule filière de traitement des dispositifs médicaux simplifie le travail du personnel du cabinet et simplifie les étapes de contrôle.

Bon à savoir / Astuces

Une désinfection de haut niveau est assurée par des laveurs désinfecteurs à la norme EN ISO 15 883-2. Il peut alors être envisageable de traiter des dispositifs médicaux semi-critiques (contact avec la muqueuse buccale et la salive) comme les écarteurs pour photographie, les portes-amalgame, les pinces d'orthodontie … avec ce type d'appareil.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale.2007.

Question n°42

Dans le cas particulier où vous utiliseriez des dispositifs médicaux thermosensibles, sont-ils soumis à un traitement adapté au niveau de risque ? Précisez les dispositifs médicaux concernés et leurs modalités de traitement.

Justifcation de la question

Très peu de dispositifs médicaux thermosensibles sont utilisés, mais s'ils le sont, ils doivent obligatoirement être désinfectés.

Explications et moyens pratiques

Compte tenu du fait que la quasi-totalité des dispositifs médicaux utilisés en cabinet dentaire sont, soit stérilisables par la vapeur d'eau sous pression, soit à usage unique, le champ d'application de la procédure de désinfection intermédiaire dans le domaine dentaire est très limité.

Ces dispositifs médicaux thermosensibles ne peuvent pas être utilisés pour des actes critiques qui nécessitent obligatoirement des dispositifs médicaux stérilisables ou à usage unique.

Bon à savoir / Astuces

Si le cabinet dispose d'un laveur désinfecteur à la norme EN ISO 15 883-2, il est alors possible de traiter les dispositifs médicaux thermosensibles avec ce type d'appareil. Sinon, les instruments considérés devront être traités en fonction des spécifications du fabricant et en respectant les indications du produit de désinfection utilisé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

V - Traitement des dispositifs médicaux

Indispensable à la sécurité des soins

Question n°43

Immergez-vous tous les dispositifs utilisés en bouche dès la fin de leur utilisation dans un bac d'une taille suffisante contenant une solution détergente/désinfectante exempte d'aldéhydes ?

Justifcation de la question
L'étape de pré-désinfection diminue significativement la charge de micro-organismes. Cette étape est moins efficace si les substances biologiques ont eu le temps de sécher.

Explications et moyens pratiques

L'immersion immédiate du matériel souillé dans un bain de produit détergent/désinfectant fait partie des Précautions Standard (cf. Annexe 2).

La procédure de stérilisation nécessite pour être efficace, des opérations préliminaires qui sont la pré-désinfection, le rinçage, le nettoyage et le conditionnement. Ces étapes sont impératives et doivent, pour être correctement appliquées, être écrites et connues du personnel affecté à cette tâche.

Voir, en fin de document, la fiche « Traitement des dispositifs médicaux »
Etapes du traitement des dispositifs médicaux

La pré-désinfection est l'immersion totale dans une solution détergente-désinfectante de tous les instruments utilisés lors du soin chez un patient. Elle concerne obligatoirement les dispositifs médicaux réutilisables dès la fin de leur utilisation dans une solution impérativement détergente désinfectante afin d'éviter les incrustations et de diminuer le niveau de contamination des matériels.
Elle est formellement à proscrire pour les dispositifs à usage unique, lesquels, par définition, ne sont pas réutilisables.

La phase de pré-désinfection a pour objectifs de :
- -Réduire la population microbienne initiale
- -Protéger le personnel lors des manipulations d'instruments
- -Eviter la contamination de l'environnement
- -Eviter le séchage des souillures
- -Faciliter le déroulement des étapes ultérieures de nettoyage.

Prévoir au moins deux bacs de trempage, en plastique, munis d'un couvercle à fente (évite les projections) :
- -Un pour les instruments rotatifs : fraise, limes, racleurs…
- -Un pour les autres instruments réutilisables : miroirs, sondes, daviers, spatules, fouloirs, brunissoirs, écarteurs, syndesmotomes, élévateurs, ciseaux…

Ces bacs doivent être uniquement réservés à la pré-désinfection.

Toutes les manipulations pour les phases de pré-désinfection et de nettoyage nécessitent le port de gants résistants non stériles (ex. gants MAPA®). Il faut aussi porter lunettes et masque contre le risque de projection.

Le produit détergent/désinfectant doit satisfaire aux critères suivants :
- -Marquage CE obligatoire ;
- -Norme de bactéricidie NF EN 13727 (en condition de saleté), NF EN 14561 (en condition de saleté) ;
- -Norme fongicide, exigence limitée à l'activité lévuricide (*C. albicans*) : NF EN 13624 (en condition de saleté) et NF EN 14562 (en condition de saleté).

L'activité virucide n'est pas exigée, mais si elle existe, elle doit répondre à la norme NF EN 14476 (en condition de saleté).

ll ne doit pas y avoir d'aldéhydes dans la composition du produit (fixe les protéines) et les produits doivent être formulés pour éviter tout risque de corrosion.

Bon à savoir / Astuces

L'utilisation d'un laveur désinfecteur associant des actions mécanique, chimique et thermique permet d'éviter la pré-désinfection par trempage si la prise en charge est faite sans délai.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
Afnor, FD S 98-135 : Stérilisation des dispositifs médicaux – Guide pour la maîtrise des traitements appliqués aux dispositifs médicaux réutilisables, 2005
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007

Indispensable à la sécurité des soins Question n°44

Le mode d'emploi du détergent/désinfectant est-il disponible et connu du personnel ?
La dilution, le temps de trempage préconisés par le fabricant sont-ils respectés ?
La fréquence de renouvellement du bain d'immersion respecte-t-elle les recommandations du fabricant ?

Justifcation de la question

L'étape de pré-désinfection est une étape importante de la chaine de stérilisation. La qualité de la solution (dilution, ancienneté) et le temps de trempage conditionnent la réussite de cette étape.

Explications et moyens pratiques

La phase de pré-désinfection a pour objectifs de :
- Réduire la population microbienne initiale
- Protéger le personnel lors des manipulations d'instruments
- Eviter la contamination de l'environnement
- Eviter le séchage des souillures
- Faciliter le déroulement des étapes ultérieures de nettoyage.
-

Si la préparation de la solution et le temps de contact ne sont pas respectés, tous les objectifs de l'étape de pré-désinfection, sauf celle consistant à éviter le séchage des souillures, sont compromises.

Afficher le mode de préparation du détergent-désinfectant
Afficher le mode d'emploi du détergent-désinfectant
Respecter les recommandations du fabricant (dilution, temps de trempage)
Respecter la fréquence de renouvellement du bain d'immersion préconisé par le fabricant.

Bon à savoir / Astuces

La désinfection thermique est plus reproductible que la désinfection chimique :

- La diffusion de la chaleur est plus homogène que le contact intime de toutes les surfaces des dispositifs médicaux avec la solution.
- La température comme la durée du plateau sont facilement enregistrables alors qu'une erreur de dilution et un temps de contact trop court sont toujours possibles.
-

Essayer de choisir des produits ayant tous le même pourcentage de dilution afin de limiter les erreurs de préparation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007.
ADF. Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire. 2008.
ADF. Liste positive des produits désinfectants dentaires. 2009.

Question n°45

Dans les cas particuliers où, en fin de journée, certains dispositifs médicaux n'ont pas été traités, quelle procédure appliquez-vous ?

Justifcation de la question

Les substances biologiques ne doivent pas sécher sur les dispositifs médicaux avant d'être trempés.

<u>Explications et moyens pratiques</u>

La phase de pré-désinfection a pour objectifs de :

- Réduire la population microbienne initiale
- Protéger le personnel lors des manipulations d'instruments
- Eviter la contamination de l'environnement
- Eviter le séchage des souillures
- Faciliter le déroulement des étapes ultérieures de nettoyage.

Si les dispositifs souillés sont simplement plongés dans de l'eau, tous les objectifs de l'étape de pré-désinfection, sauf celle consistant à éviter le séchage des souillures, sont compromis. Si les souillures sèchent, toutes les étapes de la chaine de stérilisation seront plus longues et délicates et le personnel qui traitera ces dispositifs médicaux sera exposé à un niveau de risques anormal.

Laisser tremper toute la nuit les dispositifs médicaux souillés dans le bac de pré-désinfection. Dans ces conditions, les instruments risquent de voir leur état de surface s'altérer à cause de traces de corrosion.

<u>Bon à savoir / Astuces</u>

Le trempage durant une longue période risque de corroder les instruments. Certains produits sont conçus pour ne pas endommager les surfaces métalliques même après un long temps de contact (présence d'inhibiteurs de corrosion).

Une méthode moins agressive pour les instruments consiste à les laisser tremper 15 minutes dans une solution de pré-désinfection, puis de les laisser dans un bac d'eau (faiblement minéralisée) toute la nuit et de reprendre au niveau de la pré-désinfection le lendemain afin de réaliser le protocole de la chaine de stérilisation sans interruption.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007.
ADF. Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire. 2008.
ADF. Liste positive des produits désinfectants dentaires. 2009.

Question n°46

Tout dispositif médical réutilisable neuf (ou de retour d'entretien) est-il nettoyé avant qu'il soit procédé à sa 1ère stérilisation ?

Justifcation de la question
Les dispositifs médicaux neufs ou réparés sont recouverts d'une couche d'huile qu'il faut impérativement éliminer avant de réaliser la stérilisation. Sinon, celle-ci ne serait pas efficace.

Explications et moyens pratiques

Il est nécessaire de nettoyer un instrument neuf avant de procéder à sa première stérilisation ou à sa première désinfection.

Les fraises et forets qui ne sont pas livrés sous emballage stérile doivent aussi être nettoyés avant la première stérilisation.

Bon à savoir / Astuces

Le nettoyage doit être particulièrement attentif, car l'huile de coupe est très difficile à retirer de la surface des instruments usinés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007.
ADF. Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire. 2008.
ADF. Liste positive des produits désinfectants dentaires. 2009.

Question n°47

Pour le cas particulier des fraises, quel type de traitement utilisez-vous ?

Justifcation de la question
La petite taille des fraises rend leur nettoyage manuel difficile.
Les poils de la brosse atteignent difficilement les débris accumulés dans les spires et entre les fragments de diamants.
L'aide au nettoyage procuré par les ultrasons est très appréciable.

Explications et moyens pratiques

Les ultrasons sont une aide au nettoyage et ne constituent plus actuellement une méthode de nettoyage à part entière.

Les deux méthodes de nettoyage (manuel ou avec un laveur désinfecteur) sont possibles, mais un passage par le bac à ultrasons améliore grandement le nettoyage de ces petits instruments fins et anfractueux.

Bon à savoir / Astuces

Les fraises peuvent être disposées dans un séquenceur en métal puis plongées dans le bac à ultrasons.

Si elles sont en vrac, il est préférable de les mettre dans une « boule à thé ».

Il existe des « pierres de nettoyage » spéciales pour les fraises diamantées qui se désagrègent en nettoyant les instruments sans les altérer.

Après brossage manuel ou passage au laveur désinfecteur, seule une observation à la loupe permet de déterminer si l'instrument est propre et prêt à être stérilisé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Question n°48

La cuve du bac à ultrasons est-elle d'une taille suffisante pour permettre une immersion complète sans que les DM soient entassés ?
Dispose-t-elle d'un couvercle d'obturation ?
L'efficacité de l'action des ultra-sons est-elle régulièrement vérifiée ?

Justifcation de la question
Pour être efficaces, les ultrasons doivent atteindre toutes les surfaces des dispositifs médicaux. Ce n'est pas le cas si ceux-ci sont entassés.
La nébulisation des produits contenus dans la cuve à ultrasons est un facteur de risques chimique et biologique pour le personnel se trouvant à proximité. Un couvercle, en plus de régler ce problème, diminue aussi significativement la nuisance sonore.
Les générateurs d'ultrasons sont des pièces d'usure qui vieillissent.

Explications et moyens pratiques

Les ondes émises par transduction décollent les dépôts de salissures des instruments immergés dans une solution détergente ou détergence désinfectante utilisable en cuve à ultrasons.
La cuve doit être de bonnes dimensions afin que les instruments soient complètement immergés et ne soient pas entassés (sinon il y a perte d'efficacité des ondes ultrasonores).
La cuve doit être obturée par un couvercle.

Bon à savoir / Astuces

Certains produits détergents désinfectants peuvent être utilisés dans le bac de pré-désinfection et le bac à ultrasons.

Privilégier un bac à évacuation direct, un bac rempli est lourd à transporter et risque de se renverser.

L'efficacité du bac à ultrasons peut être vérifiée avec une feuille de papier aluminium qui, disposée en surface, doit être percée de trous régulièrement espacés en quelques minutes.
Des systèmes plus sophistiques (SonoCheck®) permettent d'avoir une information précise de l'efficacité d'un bac à ultrasons.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007.

Question n°49

L'action des ultrasons est-elle utilisée en complément du nettoyage et non en substitution de celui-ci ?

Justifcation de la question
Les ultrasons sont une aide au nettoyage et ne constituent plus actuellement une méthode de nettoyage à part entière.

Explications et moyens pratiques
S'il est certain que l'action des ultrasons dans une solution détergente contribue au nettoyage des instruments, il n'est cependant pas avéré à ce jour que cette action à elle seule soit suffisante pour assurer toute l'étape du nettoyage. Dans le doute, on complétera donc cette action par le nettoyage manuel (brossage) ou le nettoyage en laveur désinfecteur.

Passer les instruments dans le bac à ultrasons est une étape facultative. Néanmoins, celle-ci est particulièrement efficace sur les débris cassants (fine couche de ciment …) et pour les très petits instruments difficiles à manipuler (comme les fraises ou les instruments endodontiques).

Bon à savoir / Astuces
Même si l'on dispose d'un laveur désinfecteur, un bac à ultrasons de petite taille, spécifique pour les fraises, est utile.

Les ultrasons ne peuvent décoller, en les cassant, que de fines épaisseurs de matériaux. Seuls les matériaux cassants se désagrègent avec les ultrasons. Les produits souples (ex. silicone) ne sont pas affectés.

Après un changement de bain, la solution doit être dégazée pendant quelques dizaines de minutes avant d'exprimer son plein potentiel de nettoyage.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007.

Question n°50

Utilisez-vous un laveur ou un laveur-désinfecteur dont l'efficacité de nettoyage est régulièrement contrôlée ?

Justifcation de la question
Il est possible d'effectuer une validation des laveurs désinfecteurs comme cela se fait pour les autoclaves. Les autres types de machines ne sont pas normalisés et leurs résultats ne sont pas vérifiables.

Explications et moyens pratiques
Dans un laveur désinfecteur, le nettoyage est réalisé à l'aide d'un détergent peu moussant, spécifique pour utilisation en machine automatique qui possède des aménagements spéciaux pour le matériel dentaire et notamment des systèmes de clip pour les instruments dynamiques permettant leur nettoyage interne et externe.

Après passage dans un laveur désinfecteur, les instruments ont subi une thermo-désinfection, conforme à la norme européenne EN ISO 15 883-2.
Lorsqu'il est utilisé pour les dispositifs qui ne nécessitent pas de stérilisation (dispositif médical de catégorie semi-critique ou non critique) ou qui sont thermosensibles, cet appareil dispense d'effectuer ultérieurement une désinfection de niveau intermédiaire.

La place de ces laveurs désinfecteurs dans le processus de stérilisation est décrite dans la fiche sur le traitement des DM.
D'autres machines sont de simples laveurs, généralement équipés d'un système d'aspersion. Elles doivent assurer un séchage parfait, porte fermée. Aucune norme ne s'applique à ces machines dont les caractéristiques sont très variables d'un fabricant à l'autre. Ces machines ne dispensent pas d'effectuer les procédures de désinfection (au minimum) ou de stérilisation des dispositifs médicaux par la suite.

Bon à savoir / Astuces
Lors de l'installation d'un laveur désinfecteur, celui-ci doit être qualifié par l'installateur. Par la suite, la maintenance doit être réalisée selon le calendrier du fabricant, et peut comporter des requalifications régulières.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007.

Question n°51

Lors du nettoyage manuel utilisez-vous le même produit détergent-désinfectant que celui utilisé lors de la pré-désinfection ?

Justifcation de la question
L'utilisation de produits différents selon les étapes de la chaine de stérilisation complique la procédure et peut entrainer des incompatibilités.

Explications et moyens pratiques
Le nettoyage manuel avec brossage des matériels est mis en œuvre au sortir des instruments du bac d'immersion dans la solution pré-désinfectante. L'action de brossage permet d'éliminer les particules adhérentes et toutes les souillures. Il faut veiller à choisir des brosses ne détériorant pas les instruments et à utiliser un détergent-désinfectant identique à celui utilisé pour la pré-désinfection.

Bon à savoir / Astuces
Le même produit détergent désinfectant peut être utilisé dans le bac de pré-désinfection, le bac à ultrasons et pour le nettoyage manuel.
Cela facilite la gestion des stocks et élimine des risques d'erreurs lors des dilutions des produits.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007.
ADF. Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire. 2008.
ADF. Liste positive des produits désinfectants dentaires. 2009.

Question n°52

Pour réaliser le nettoyage manuel, quel type de gants de protection utilisez-vous ?

Justifcation de la question
Lors du nettoyage manuel, il existe des risques de blessures avec des instruments qui ne sont pas encore désinfectés. Le personnel réalisant cette tâche doit être protégé.

Explications et moyens pratiques

Le port de gants de protection est indispensable lors de la manipulation d'instruments souillés, lors du contact avec les désinfectants et les produits d'entretien.

Pour tenir correctement de petits objets, les gants doivent être suffisamment souples et ajustés. Ils doivent être résistants aux déchirements et aux piqures.

Bon à savoir / Astuces

Des gants d'entretien réutilisables de bonne taille permettent de correctement protéger le personnel tout en ayant de bonnes propriétés tactiles. Ils doivent être nettoyés et séchés après utilisation. Les gants chirurgicaux permettent une bonne manipulation, mais protègent insuffisamment.

Certains fabricants proposent des gants de protection stérilisables, mais cela n'est pas indispensable pour la réalisation de l'étape de nettoyage des dispositifs médicaux.

Le port d'un masque et de lunettes de protection est indispensable à cette étape.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Protection des mains au cabinet dentaire. 2003.

Question n°53

Les brosses utilisées pour le nettoyage manuel sont-elles nettoyées et désinfectées ?

Justifcation de la question
Les brosses peuvent devenir un réservoir de micro-organismes si elles ne sont pas désinfectées régulièrement.

Explications et moyens pratiques

Il faut penser à nettoyer, désinfecter ou stériliser les brosses.

Les cardes métalliques et les éponges sont proscrites. Les premières, car elles altèrent l'état de surface des instruments et les rendent plus difficilement nettoyables, les secondes, car leur désinfection est impossible.

Bon à savoir / Astuces

Il faut plusieurs formes et tailles de brosses douces qui permettent de répondre à toutes les situations rencontrées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006.
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007.

Question n°54

Un rinçage abondant est-il effectué après l'action mécanique de détersion ?

Justifcation de la question
Des traces de produit détergent désinfectant ou des résidus de salissures portés à haute température dans l'autoclave peuvent abimer les dispositifs médicaux.
Le rinçage permet d'éliminer les résidus de salissures et toutes traces de produit.

Explications et moyens pratiques

Réalisé de façon manuelle ou automatique, un rinçage abondant est obligatoire après l'action de détersion.

Il n'est possible de passer à l'étape suivante de la chaine de stérilisation que si les dispositifs médicaux sont parfaitement propres et rincés.

Bon à savoir / Astuces

Pour effectuer un bon rinçage, les surfaces des dispositifs médicaux doivent être rincées à l'eau courante. Un simple trempage dans l'eau ne suffit pas.

Cette étape est particulièrement délicate à réaliser dans le cas de corps creux comme les PIR.

Une douchette facilite le rinçage manuel. Des machines type « rince verres » sont parfois citées, mais ne correspondent pas aux exigences d'une chaine de stérilisation. Les laveurs désinfecteurs rincent et sèchent automatiquement les dispositifs médicaux en fin de cycle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007

Question n°55

Un séchage manuel soigneux à l'aide d'un non-tissé à usage unique et/ou d'air comprimé filtré est-il réalisé ?

Justifcation de la question
Le matériel qui sera ensaché doit être parfaitement sec. Dans le cas contraire, l'étape de stérilisation pourrait ne pas être validée.

Explications et moyens pratiques

Les matériels qui doivent être stérilisés doivent préalablement être soumis à un séchage soigneux à l'aide de support en non-tissé propre à usage unique ou d'une machine à sécher ou encore par l'air comprimé filtré.

Si le matériel reste humide, cela augmente le risque de prolifération de micro-organismes à sa surface.
En cas d'humidité résiduelle trop importante, la stérilisation peut échouer, car la vapeur ne rentrera pas en contact avec toute la surface du dispositif et l'autoclave ne parviendra pas à évacuer l'excès d'humidité en fin de cycle. Les sachets ressortiront alors humides.

Bon à savoir / Astuces

Il existe des sécheuses automatiques à air pulsé qui s'installent dans le plan de travail et se ferment hermétiquement. Ces systèmes déchargent le personnel d'une tâche chronophage.

Une soufflette d'air comprimé filtré permet d'initier le séchage et s'avère très pratique dans le cas d'instruments anfractueux ou creux.
Les laveurs désinfecteurs rincent et sèchent automatiquement les dispositifs médicaux en fin de cycle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007

Question n°56

Avant le conditionnement, l'efficacité du nettoyage et du séchage de chaque dispositif médical est-elle vérifiée ?
Tous les dispositifs médicaux sont-ils conditionnés (sachet ou double papier crêpe) immédiatement après séchage et stérilisés ensuite ?
Dans le cas particulier de l'utilisation d'autres types de conditionnement (conteneur à soupapes...), comment vous assurez-vous de la bonne pénétration de la vapeur ?

Justifcation de la question

Seuls des dispositifs médicaux propres et secs peuvent être stérilisés.
En France, seuls les instruments préalablement conditionnés peuvent être considérés stériles.

Explications et moyens pratiques

Avant le conditionnement, les instruments doivent être contrôlés visuellement, éventuellement à l'aide d'une loupe pour les plus petits comme les fraises.
En cas de nettoyage incomplet, la stérilisation sera incomplète, car l'agent stérilisant (vapeur) ne pourra atteindre toute la surface du dispositif médical.

Le conditionnement qui ne s'adresse qu'à des matériels parfaitement propres et secs, doit limiter tout apport de micro-organismes.
Le conditionnement peut être réutilisable ou à usage unique :

- Les conditionnements réutilisables comprennent des conteneurs en aluminium (anodisé) ou acier inoxydable qui sont étanches et munis de filtres ou de soupapes.
- Les conditionnements à usage unique sont constitués de sachets et gaines de stérilisation en papier ou papier et plastique dont les qualités requises sont définies dans la norme NF EN 868 (série 1 à 10).

Pour qu'un objet stérilisé dans un autoclave conserve son état stérile, il doit être emballé préalablement à la stérilisation.

La bonne pénétration de la vapeur est objectivée par le virage d'intégrateurs physico-chimiques. Ce sont des indicateurs de classe 6 selon la norme ISO 11140-1. Leur virage est fonction du temps, de la température et de la pression de vapeur saturée (Intégrateurs TST : Time, Steam, Temperature). Ils permettent d'obtenir une bonne probabilité de stérilité aux points de l'autoclave où ils sont situés.

Bon à savoir / Astuces

Il n'est pas possible de considérer un produit comme stérile s'il n'a pas été conditionné avant passage à l'autoclave.
Les containers à soupape doivent bénéficier d'une maintenance (joints et filtres changés selon les recommandations des fabricants). Celle-ci doit être tracée.

Il existe plusieurs types d'intégrateurs. Il faut en choisir un adapté aux cycles prion (134°C pendant 18 min).

Avant le conditionnement, il est important de vérifier que tous les instruments sont en bon état. Les instruments corrodés, abimés ou qui présentent des risques de fracture (fissure, décollement d'insert …) doivent être mis au rebut.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007

Indispensable à la sécurité des soins Question n°57

Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau est-il conforme à la norme NF EN 13060 ?

Justifcation de la question

La stérilisation à la vapeur d'eau est le procédé de référence en l'état actuel des connaissances. Les autres procédés de stérilisation ne trouvent pas, à ce jour, d'indications pour la pratique courante en médecine bucco-dentaire. Acheter un autoclave conforme à la norme certifie que ce dispositif est en mesure de stériliser correctement.

Explications et moyens pratiques

Deux normes encadrent la fabrication des stérilisateurs à la vapeur d'eau :
La norme NF EN 285 « Stérilisateurs à la vapeur d'eau. Grands stérilisateurs » de Février 1997 pour les grands stérilisateurs de volume supérieur à 60 litres.

La norme NF EN 13060 « Petits stérilisateurs à la vapeur d'eau » de Novembre 2004 pour les petits stérilisateurs de volume inférieur ou égal à 60 litres. Dans cette norme, trois types de cycles sont décrits : B, S et N selon la nature de la charge et les performances du stérilisateur.

Type B

Un petit stérilisateur à la vapeur d'eau de type B est indispensable si le praticien a besoin d'effectuer des stérilisations de dispositifs médicaux creux, fins ou de structure compliquée ainsi que des textiles et des dispositifs médicaux ou des textiles emballés pour préserver l'état stérile.
Le type de cycle B est défini dans la norme NF EN 13060 : « stérilisation de tous les produits emballés ou non emballés, pleins, à charge creuse de type A et produits poreux tels qu'ils sont représentés par les charges d'essais dans la présente norme ».
Un cycle de type B stérilise tous les dispositifs médicaux.
Exemples : fraise, instrumentation dynamique, pièce à main, canule d'aspiration chirurgicale, contre angle, instruments chirurgicaux, instruments endocanalaires.
C'est le seul type d'autoclave utilisable en routine en cabinet dentaire. Il est capable de stériliser tout type de charge.

Type S
Le type de cycle S est défini dans la norme NF EN 13060 : « stérilisation des produits tels qu'ils sont spécifiés par le fabricant du stérilisateur, y compris les produits pleins non emballés et au moins l'un des suivants : produits poreux, petits articles poreux, produit de charge creuse de type A, produit de charge creuse de type B, produits à emballage simple, produits à emballage multicouches ».
Un cycle de type S stérilise des dispositifs médicaux sélectionnés par le praticien et le fabricant du stérilisateur : ses indications sont plus restreintes.
Certains automates (DAC Universal par exemple) sont conformes à ce type. Ils ne stérilisent que des dispositifs spécifiques et selon les préconisations du fabricant.

Type N
Un type N est conçu pour des performances plus limitées correspondant à des indications restreintes et à des tests du programme d'essais selon la norme NF EN 13060 plus réduites. Le type de cycle N est défini dans la norme NF EN 13060 : « stérilisation de produits pleins non emballés ».
Un cycle de type N stérilise uniquement les objets pleins non emballés donc ne stérilise ni les objets emballés, ni les textiles, ni les objets creux, fins ou de structure compliquée.

La conformité à la norme NF EN 13060 type B est un moyen de conforter son choix lors de l'acquisition d'un nouvel autoclave.

Les préconisations liées à la stérilisation et à l'autoclave sont reprises sur la fiche « Stérilisateur ».

Bon à savoir / Astuces
La stérilisation à la vapeur d'eau est le procédé de référence en l'état actuel des connaissances. Les autres procédés de stérilisation ne trouvent pas, à ce jour, d'indications pour la pratique courante en médecine bucco-dentaire. Les « chemiclaves » sont donc à éviter en cabinet dentaire, de même que les appareils à chaleur sèche (Poupinels).

La conformité à la norme assure entre autre, la présence d'un triple vide fractionné en début de cycle. Cela permet d'évacuer correctement l'air contenu dans tout type de charge (poreuse, creuse, etc.).

Le vide fractionné terminal, permet quant à lui de sécher correctement la charge.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Afnor, Norme NF EN 13060 « Petits stérilisateurs à la vapeur d'eau », Novembre 2004
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007

Indispensable à la sécurité des soins **Question n°58**

Le cycle de stérilisation utilisé est-il exclusivement un cycle de type B avec une température de 134 °C maintenue pendant 18 minutes (dénommé cycle PRION) ?

Justifcation de la question
Pour la stérilisation des dispositifs médicaux utilisés en médecine bucco-dentaire, seule l'utilisation d'un cycle de type B est recommandée, avec une température de 134°C maintenue pendant 18 minutes.
Les autres cycles ou types d'autoclaves ne permettent pas d'assurer l'inactivation des prions.

Explications et moyens pratiques

Dans un autoclave, l'agent stérilisant est la vapeur d'eau saturée à une température supérieure à 100°C, donc sous pression. Cette vapeur doit être exempte d'impureté afin de ne pas causer de dégâts aux instruments et à l'autoclave. Il faut impérativement respecter les instructions du fabricant d'autoclave relatives à la qualité de l'eau qui alimente son appareil.

Un cycle de stérilisation, comprend l'évacuation de l'air, la montée en température, le plateau thermique (présence exclusive de vapeur d'eau saturée), la descente de température et le retour à la pression atmosphérique.
Le plateau thermique correspond à la phase de stérilisation : les paramètres choisis pour tout le cycle sont en fait ceux du plateau. La stérilisation nécessite une température de 134°C maintenue pendant 18 minutes selon les préconisations de la circulaire n°138 du 14 mars 2001.

Pour la stérilisation des dispositifs médicaux utilisés en médecine bucco-dentaire et en stomatologie, seule l'utilisation d'un cycle de type B est recommandée, avec une température de 134°C maintenue pendant 18 minutes.

Le choix se portera donc sur un autoclave conforme au type B défini par la norme NF EN 13060 et sur lequel un cycle de 134°C maintenus pendant 18 minutes sera programmé en routine.

Une température de 134°C maintenue pendant 18 mn est préconisée en vue de la meilleure réduction des risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels (ATNC).

Les préconisations liées à la stérilisation et à l'autoclave sont reprises sur la fiche « stérilisateur ».

Bon à savoir / Astuces

Le type de l'autoclave correspond à sa capacité à stériliser telles ou telles sortes de charge (creuse, poreuse, pleine …) selon un déroulement précis (triple vide fractionné initial ou non …).

Le cycle de stérilisation (PRION correspondant à 134°C pendant 18 min par exemple) correspond aux paramètres du plateau thermique et non à la durée totale du cycle avoisine ou dépasse l'heure.

Le cycle PRION est dénommé ainsi car ses caractéristiques (134°C et 18 min) ont été décrites initialement dans la circulaire n°138 du 14 mars 2001 relative aux prions.

Pour la stérilisation de dispositifs médicaux, le personnel sélectionnera systématiquement le cycle PRION souvent déjà programmé. Si ce cycle n'est pas directement accessible, le praticien veillera à le programmer (ou le faire programmer). Les autoclaves type B conformes à la norme NF EN 13060 ont obligatoirement le cycle PRION de programmé.

Il existe d'autres types de cycles (134°C pendant 3,5 min par exemple). Il est interdit de stériliser des instruments avec ce cycle. Il est réservé à la réalisation de tests de pénétration de vapeur (Hélix ou Bowie-Dick) cuve vide.

Certains autoclaves, en optimisant les phases de prétraitement et de séchage, peuvent pour des charges limitées raccourcir le durée totale du cycle (cycle « ECO ») tout en maintenant un plateau de stérilisation de 134°C pendant 18 mn.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Circulaire DGS/5 C/DHOS/E 2 n° 2001-138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007

Question n°59

Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau dispose-t-il d'un contrat de maintenance avec contractualisation des conditions d'interventions (fréquence, types d'interventions, pièces détachées, délais d'intervention en cas de panne…) ?

Justifcation de la question
Posséder un autoclave est fondamental. Assurer la pérennité de son fonctionnement l'est tout autant.

Explications et moyens pratiques

L'autoclave est un dispositif médical et doit être soumis à une maintenance et des contrôles réguliers.

La maintenance est assurée par le fournisseur de l'autoclave ou par un intervenant qui prend en charge l'entretien, la maintenance préventive et les réparations selon leur périodicité respective en tenant compte des recommandations du fabricant. Elle peut être fixée par contrat. Ces interventions devront être consignées dans un cahier d'entretien fourni par le fabricant précisant les opérations nécessaires, leur protocole ainsi que leur fréquence, afin de pouvoir assurer le maintien des performances. Si cela est possible, l'entretien courant défini par le fabricant pourra être réalisé par l'utilisateur (exemples : nettoyage de la cuve, des portes-plateaux, changement des filtres ou joints …).

Sur le plan technique : de fortes contraintes thermiques (134°C) et mécaniques (pression >2 bar) répétées à chaque cycle rendent l'appareil faillible.
Le contrat de maintenance est le meilleur moyen d'assurer un fonctionnement correct et continu de l'autoclave.

Bon à savoir / Astuces

Bien vérifier les clauses lors de la contractualisation et se faire préciser par écrit, si nécessaire, les conditions exactes d'intervention.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Articles R.5211-1, R.5211-12, R.5211-21et suivants, ainsi que R.5211-5 du Code de la santé publique
Afnor, Norme NF EN 13060 « Petits stérilisateurs à la vapeur d'eau », Novembre 2004
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007

Question n°60

Existe-t-il un document où sont consignés tous les évènements (entretien, maintenance, pannes…) survenus sur votre autoclave ?

Justifcation de la question
Etablir la traçabilité des évènements survenus à un dispositif médical relève d'une démarche globale de qualité et de sécurité.

Explications et moyens pratiques

Un remplacement à échéance régulière des consommables (filtres, joints) et des pièces d'usure doit être prévu.
Des pannes ou défaillances peuvent survenir, elles entrainent l'intervention d'un technicien.
Des interventions préventives et curatives sont donc nécessaires pour assurer, tout au long de la vie de l'autoclave, une qualité constante de la stérilisation et une sécurité optimale des utilisateurs.

Le meilleur moyen de tracer les événements ponctuant la vie de cette vie de l'autoclave est de les consigner dans un classeur spécialement prévu à cet effet.

Bon à savoir / Astuces

Dès l'acquisition de l'autoclave il faut mettre en place cette procédure et désigner une personne responsable de son suivi.
Il n'est jamais trop tard, et une pareille démarche peut être mise en place à tout moment de la vie de l'autoclave.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Question n°61

Votre petit stérilisateur à vapeur d'eau a-t-il fait l'objet d'une qualification opérationnelle sur site de son procédé de stérilisation ?

Justifcation de la question
Le processus de stérilisation, en tant que procédé spécial, doit faire l'objet d'une validation avant d'être mis en œuvre pour la première fois. Cette validation doit apporter la preuve que l'autoclave et le cycle programmé sont appropriés pour atteindre une stérilisation correcte.

Explications et moyens pratiques

Les essais de validation doivent répondre à la norme NF EN ISO 17665-1. Ils permettent d'adapter l'appareil aux conditions de travail du praticien : nature des charges, positionnement des charges dans la cuve, environnement local (alimentation électrique, type d'eau, température de la pièce…).
La validation est à effectuer à réception de appareil, mais aussi à intervalles réguliers ou lorsque des modifications changent les enregistrements par rapport aux spécifications attendues.

Une « Qualification opérationnelle sur site » est préconisée à l'installation de l'autoclave. Son objectif est de constituer un dossier contenant les preuves du bon fonctionnement de l'appareil dans ses conditions réelles d'utilisation.
L'autoclave a été contrôlé en usine dans des conditions d'environnement particulières.
Après son transport (trépidations et chocs éventuels) l'autoclave est livré dans le cabinet et fonctionne dans un environnement différent de celui où il a été initialement contrôlé (aéra-

tion, pression atmosphérique…) et stérilise des charges spécifiques à votre mode d'exercice (cassettes ou instruments unitaires sous sachets …).

Les personnes autorisées à réaliser une qualification opérationnelle sont les fabricants d'autoclaves, certains distributeurs et les organismes agréés (Apave, Dekra, Véritas …), en respectant un protocole en cabinet et en utilisant un matériel de vérification possédant l'accréditation.

Bon à savoir / Astuces

Si votre autoclave est installé par un fabricant, la prise de mesures peut être assurée par ses soins, mais leur validation doit être faite par un organisme agréé indépendant.

Afin de garantir la pérennité des performances constatées lors de la qualification, il serait préférable de contracter des contrats de maintenance faisant état de requalifications périodiques. Pour assurer une pertinence des requalifications comparable à ce qui est réalisé en milieu hospitalier, la profession estime raisonnable de proposer que celles-ci soient au minimum prévues tous les 1000 cycles ou 2 ans (au premier des deux termes échu).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
Afnor, NF EN ISO 17665-1 « Stérilisation des produits de santé - Chaleur humide - Partie 1 : exigences pour le développement, la validation et le contrôle de routine d'un procédé de stérilisation des dispositifs médicaux », Novembre 2006

Question n°62

Lors du chargement de votre petit stérilisateur à vapeur d'eau, respectez-vous les préconisations du fabricant ou à défaut, les dispositifs ensachés sont-ils disposés sur la tranche, papier contre papier et plastique contre plastique, sans toucher les parois et pas trop serrés entre eux ?

Justifcation de la question

La pénétration au cœur de la charge de l'agent stérilisant, la vapeur d'eau saturée sous pression, doit être optimale et le séchage parfait.

Explications et moyens pratiques

Ne pas trop serrer les dispositifs médicaux à stériliser sinon la stérilisation sera inefficace. Pour les sachets et en l'absence de préconisations du fabricant : ils doivent être disposés sur la tranche papier contre papier et plastique contre plastique sans toucher les parois de la chambre du stérilisateur ou sur des plateaux superposés sans chevauchement des emballages pour les sachets ne pouvant pas être disposés verticalement.

Bon à savoir / Astuces

Si un sachet touche la paroi, il risque de s'y coller, car la chaleur peut faire fondre le plastique du sachet.

Si les sachets sortent humides de l'autoclave, cela peut être dû à une surcharge de l'autoclave.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006.
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale, 2007.

Pour garantir l'efficacité de la stérilisation, les paramètres suivants sont-ils vérifiés et enregistrés à la fin de chaque cycle ?
- température et durée du plateau de stérilisation,
- virage correct de l'intégrateur physicochimique conditionné en sachet et placé au sein de la charge,
- virage de tous les indicateurs de passage figurant sur les sachets,
- absence d'humidité des sachets et intégrité des emballages,
- résultat du dernier test de pénétration de vapeur d'eau (Hélix).

Justifcation de la question
Le processus de stérilisation, en tant que procédé spécial, ne peut pas être contrôlé a posteriori. Il faut que tous les points de contrôles soient positifs pour déclarer une charge stérile.
Le fonctionnement correct de l'autoclave est vérifié à intervalles réguliers par des tests dits de « routine ».

Explications et moyens pratiques
Pour que les dispositifs médicaux soient considérés comme stériles, à la fin de chaque cycle de stérilisation, doivent être vérifiés :

-l'intégrité de l'emballage.
-l'absence d'humidité de la charge, les sachets doivent être secs après l'ouverture de l'autoclave et le demeurer à température ambiante : un conditionnement humide n'assure plus son rôle protecteur de stérilité, même s'il sèche dans un deuxième temps.
-le virage de tous les indicateurs de passage du sachet.
-le virage des intégrateurs physico-chimiques.
-l'enregistrement numérique (ticket) ou graphique (diagramme) du cycle. Il doit être conforme à l'enregistrement de référence obtenu lors de la validation de l'appareil. Il permet aussi de vérifier le fonctionnement correct de l'autoclave.

Si tous ces contrôles sont positifs, la charge peut être déclarée stérile.

Les tests de pénétration de vapeur (test Hélix ou Bowie-Dick) permettent de vérifier que l'air est correctement évacué durant la phase de pré-traitement et de la qualité de la vapeur. Ils nécessitent un cycle avec un plateau de 3,5 min à 134°C ce qui interdit la stérilisation de charge lors de leur réalisation.

Le test de Bowie-Dick a été développé en 1963 pour évaluer la pénétration de la vapeur au sein de charges de textile. Ce type de charge n'est actuellement plus fréquemment stérilisé.

Le test Hélix mime un corps creux pouvant correspondre aux dispositifs médicaux dentaires les plus difficiles à stériliser (PIR). De plus, la conception de ce test permet de réutiliser le support en plastique qui est changé tous les 250 à 350 tests. Cela permet d'en diminuer fortement le prix de revient. Il est donc préférable de privilégier ces tests en cabinet dentaire.

Ces éléments doivent être archivés dans un cahier afin d'assurer la traçabilité du processus de stérilisation.

Bon à savoir / Astuces

Pour assurer une pertinence des tests comparable à ce qui est réalisé en milieu hospitalier, la profession estime raisonnable de proposer que la réalisation du test de pénétration de vapeur (Hélix) se fasse au minimum tous les 6 cycles ou 1 fois par semaine (au premier des deux termes échu).

Après un test Hélix (ou Bowie-Dick), il est conseillé d'enchainer aussitôt par un cycle de stérilisation d'une charge (après s'être assuré de la réussite du test), ceci à des fins d'économie de l'énergie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007

Question n°64

À la fin de chaque cycle de stérilisation, après la vérification du bon déroulement du cycle, les sachets sont-ils étiquetés (sur une surface propre et sèche) ?

Justifcation de la question

Pour assurer la traçabilité de la procédure de stérilisation, il faut pouvoir relier tout dispositif médical stérilisé à son cycle de stérilisation et au patient pour lequel il a été utilisé. Des étiquettes comportant des numéros ou des codes-barres sont utilisées pour assurer cette traçabilité.

Explications et moyens pratiques

La traçabilité de la procédure permet de faire le lien entre un dispositif médical, un cycle et un patient. Elle doit être effectuée pour chaque cycle de stérilisation.
Elle est assurée grâce à l'étiquetage de chaque dispositif stérilisé qui indique le numéro de cycle, le numéro du stérilisateur (éventuellement), la date de la stérilisation, la date limite d'utilisation.
C'est ce numéro de cycle qui peut être indiqué dans le dossier du patient pour assurer le lien entre une procédure de stérilisation et un patient.

La traçabilité du processus est à différencier de la traçabilité des dispositifs médicaux qui fait le lien entre le dispositif médical (et non une charge) et le patient. Celle-ci ne pourra être mise en place qu'après marquage des dispositifs médicaux et informatisation du circuit.

L'étiquetage systématique des sachets en fin de cycle s'avère nécessaire.
Cette opération doit s'opérer dans les meilleures conditions de propreté en veillant à ne pas abîmer ou percer les sachets.

Bon à savoir / Astuces

Les personnes ayant conduit la stérilisation et l'étiquetage doivent être connues.

Toutes les procédures jusqu'ici décrites doivent faire l'objet de protocoles écrits afin d'assurer leur continuité dans les meilleures conditions de sécurité en cas de vacances des postes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007.

Question n°65

L'étiquetage des sachets stérilisés comporte-t-il les informations suivantes ?
- le n° du cycle de stérilisation,
- la date de la stérilisation,
- la date limite d'utilisation selon l'emballage choisi et les conditions de stockage.

Justifcation de la question
Pour assurer la traçabilité de la procédure de stérilisation, il faut pouvoir relier tout dispositif médical stérilisé à son cycle de stérilisation et au patient pour lequel il a été utilisé. Des étiquettes comportant des numéros ou de codes-barres sont utilisées pour assurer cette traçabilité.

Explications et moyens pratiques
La traçabilité de la procédure permet de faire le lien entre un dispositif médical, un cycle et un patient. Elle doit être effectuée pour chaque cycle de stérilisation.
Elle est assurée grâce à l'étiquetage de chaque dispositif stérilisé qui indique le numéro de cycle, le numéro du stérilisateur (éventuellement), la date de la stérilisation, la date limite d'utilisation.
C'est ce numéro de cycle qui peut être indiqué dans le dossier du patient pour assurer le lien entre une procédure de stérilisation et un patient.

Bon à savoir / Astuces
Relier systématiquement l'usage d'un dispositif médical à un patient relève du challenge. Chaque instrument devrait être marqué (durablement) et l'informatisation venir en renfort. La traçabilité « absolue » s'avère impossible. Il importe cependant de s'inscrire dans la démarche et d'y progresser par étapes en hiérarchisant les priorités.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Question n°66

Les dispositifs médicaux stérilisés ensachés sont-ils stockés selon les conditions suivantes ?
- dans un endroit propre et sec,
- dans une pièce différente de la pièce de nettoyage/stérilisation ou à défaut dans une armoire fermée ou dans des tiroirs fermés.

Justifcation de la question
La durée de péremption des sachets stériles dépend des conditions de stockage.

Explications et moyens pratiques
Les emballages contenant les dispositifs stérilisés seront stockés dans un endroit sec, dans une pièce indépendante ou à défaut dans une armoire fermée ou éventuellement dans des tiroirs. Les dates de stérilisation et de péremption seront indiquées sur l'emballage.

La durée de péremption des sachets dépend de plusieurs paramètres (type d'emballage, type et lieu d'entreposage ...).

Bon à savoir / Astuces

Dans un environnement propre et sec, un délai de 2-3 mois est admis pour un simple emballage en sachet papier / plastique. Cette durée peut être doublée pour un double emballage.

Si cette date est dépassée, les instruments doivent suivre un nouveau cycle de stérilisation complet.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Question n°67

Les informations fournies par leur fabricant indiquent-elles que vos porte-instruments rotatifs (turbines, contre-angles et pièces à main) sont aptes à être pré-désinfectés, nettoyés et stérilisés ?
Quel(s) moyen(s) de traitement(s) est/sont préconisé(s) par le fabricant ?
Avant la stérilisation, respectez-vous toutes les étapes préconisées par le fabricant ?
Ces procédures sont-elles mises en œuvre entre chaque patient ?

NB : ***En attendant que des modalités de traitement de ces instruments soient validées scientifiquement, nous recommandons de suivre les indications des fabricants pour les étapes précédant la stérilisation.***

Justifcation de la question

Les porte-instruments rotatifs (PIR) sont des vecteurs possibles de contaminations croisées.
Il est recommandé de les stériliser entre chaque patient mais les étapes de nettoyage et de rinçage posent des difficultés.

Explications et moyens pratiques

La contamination bactérienne et virale des PIR (pièces à main, contre-angles et turbines) provient du contact direct avec les tissus durs de la dent, la salive et le sang du patient, du spray et du contact indirect avec les autres instruments, objets ou substances.

Les PIR doivent être débranchées de l'unit et être stérilisés en suivant les préconisations du fabricant.

Il convient donc lors de l'achat des PIR de privilégier ceux qui répondent à toutes les exigences de sécurité en matière de nettoyage et de stérilisation. La qualification de stérilisable doit engager le fabricant à fournir un matériel permettant toutes les étapes de la procédure sans en exclure aucune.

Bon à savoir / Astuces

L'étape du trempage peut être éliminée si les souillures n'ont pas le temps de sécher sur ou dans le dispositif médical.
Les PIR peuvent alors être placés dans une boite hermétique, entourés de lingettes qui humidifient leur surface et maintiennent l'atmosphère humide. Plusieurs PIR peuvent être conservés de cette manière en attendant qu'un cycle du laveur désinfecteur soit lancé.

Normalement le marquage CE et la norme ISO 17664 font que les fabricants doivent fournir des détails sur les modalités de traitement de leurs dispositifs médicaux dès lors qu'ils les considèrent stérilisables. Ce qui est le cas de tous les PIR sur le marché.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ISO 17664 :2004 Stérilisation des dispositifs médicaux - Informations devant être fournies par le fabricant pour le processus de restérilisation des dispositifs médicaux
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007

Question n°68

Dans le cas où toutes les étapes préconisées par le fabricant ne sont pas mises en œuvre, quel traitement effectuez-vous pour les PIR ?

Justifcation de la question
Les PIR sont des vecteurs possibles de contaminations croisées.
Il est recommandé de les stériliser entre chaque patient mais les étapes de nettoyage et de rinçage posent des difficultés.

Explications et moyens pratiques

Les méthodes de restérilisation des fabricants selon la norme ISO 17664 sont parfois en contradiction avec les préconisations contenues dans le Guide de la DGS de 2006 (étape de trempage en particulier).

Très souvent deux méthodes sont proposées par les fabricants. Une méthode manuelle qui sauf exception prohibe le trempage du PIR et une méthode automatisée à l'aide d'un automate ou d'un laveur désinfecteur.

Ces multiples possibilités de traitements font que dans la plupart des cas, un de ces traitements pourra être intégré à l'organisation du cabinet.

Bon à savoir / Astuces

Les systèmes de maintien des PIR dans les laveurs désinfecteurs ne sont pas tous identiques. Il faudra privilégier les systèmes permettant le meilleur sertissage possible du PIR afin d'éviter les fuites d'eau qui seraient préjudiciables à la qualité du nettoyage interne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ISO 17664 :2004 Stérilisation des dispositifs médicaux - Informations devant être fournies par le fabricant pour le processus de restérilisation des dispositifs médicaux
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007

VI– Le traitement des matériaux d'empreinte et des prothèses

Question n°69

Les dispositifs posés ou essayés en bouche (films radio, prothèses, empreintes, teintier…) sont-ils, après chaque usage, nettoyés et désinfectés à l'aide d'un détergent/désinfectant ?

Justifcation de la question
Les dispositifs utilisés en bouche sont contaminés. Ils doivent être désinfectés ou jetés s'ils sont à usage unique.

Explications et moyens pratiques

La phase essentielle du traitement est le rinçage à l'eau froide et au détergent de tous les éléments (film radio, empreintes, prothèses ...) dès le retrait de la bouche, pour les débarrasser des mucosités et des débris salivaires et sanguins.

Le choix de la méthode de désinfection doit respecter la conservation des qualités physico-chimiques des matériaux d'empreinte (distinction entre matériaux hydrophiles ou hydrophobes) et l'efficacité du mode de désinfection (désinfection à visée virucide). Après rinçage et désinfection, les empreintes sont acheminées vers le laboratoire de prothèse dans un sachet plastique étanche enfermé dans une boîte de protection. Le laboratoire doit être informé de la réalisation de cette désinfection.

Certains produits sont préconisés pour le traitement des films radiographiques, des matériaux d'empreinte et des prothèses. Le NaOCl ou Eau de Javel® est commercialisée soit :

- sous forme concentrée (berlingot à 9,6% de chlore actif) à diluer impérativement pour reconstituer un litre d'Eau de Javel® à 2,6%,
- sous forme diluée en bouteille d'un litre (2,6% de chlore actif).

Les conditions de conservation (date de péremption, température, durée, lumière), de dilu tion et de durée d'application doivent être respectées pour que l'Eau de Javel® soit efficace.

Bon à savoir / Astuces

L'efficacité de l'Eau de Javel® est diminuée en présence de matières organiques et lors de mélange avec d'autres produits chimiques. Un nettoyage et un rinçage à l'eau sont donc indispensables avant son application.

L'Eau de Javel® à 2,6% de chlore actif doit être fraîchement préparée et appliquée dans ce cas là pendant 15 minutes.

Si le dispositif à désinfecter peut être passé dans un laveur désinfecteur, cette méthode présente l'avantage d'un résultat garanti et n'est pas chronophage pour l'assistante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006
ADF. Procédures de stérilisation et d'hygiène environnementale. 2007.
ADF. Evaluation des risques professionnels en cabinet dentaire. 2008.
ADF. Liste positive des produits désinfectants dentaires. 2009.

Question n°70

Utilisez-vous des porte-empreintes à usage unique ?
Sinon, comment traitez-vous vos porte-empreintes ?

Justifcation de la question
Les dispositifs utilisés en bouche sont contaminés. Ils doivent être désinfectés ou jetés s'ils sont à usage unique.

Explications et moyens pratiques

Les porte-empreintes sont des dispositifs médicaux semi-critiques et doivent donc être, stérilisés ou désinfectés s'ils ne sont pas à usage unique.

La catégorie des dispositifs médicaux semi-critiques concerne certains instruments en contact avec la muqueuse buccale et la salive. Ils sont classés comme présentant des risques médians et devraient être soit à usage unique, soit stérilisés après chaque utilisation ou à défaut, être désinfectés par une désinfection que l'on qualifiera de niveau intermédiaire (NI). Cette désinfection fera appel à un désinfectant ou un procédé bactéricide, fongicide, virucide et mycobactéricide ou tuberculocide. Dans la pratique, les instruments de cette catégorie sont également, le plus souvent, stérilisables à l'autoclave.

Bon à savoir / Astuces

Sans aller jusqu'à stériliser systématiquement les porte-empreintes, il est possible de les passer dans un laveur désinfecteur. Cette méthode aboutit à une désinfection de haut niveau garantie et n'est pas chronophage pour l'assistante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

Question n°71

La réalisation des opérations de désinfection des empreintes est-elle précisée par écrit au laboratoire de prothèse ?

Justifcation de la question
Les empreintes étant une source potentielle de contamination pour les techniciens de laboratoire, il faut les informer des précautions prises pour les protéger.

Explications et moyens pratiques

La phase essentielle du traitement est le rinçage à l'eau froide et au détergent des empreintes dès le retrait de la bouche, pour les débarrasser des mucosités et des débris salivaires et sanguins.

Le choix de la méthode de désinfection doit respecter la conservation des qualités physico-chimiques des matériaux d'empreinte (distinction entre matériaux hydrophiles ou hydrophobes) et l'efficacité du mode de désinfection (désinfection à visée virucide).

Après rinçage et désinfection, les empreintes sont acheminées vers le laboratoire de prothèse dans un sachet plastique étanche enfermé dans une boîte de protection. Le laboratoire doit être informé de la réalisation de cette désinfection.

Certains produits sont préconisés pour le traitement des matériaux d'empreinte et des prothèses. Le NaOCl ou Eau de Javel® est commercialisée soit :

- sous forme concentrée (berlingot à 9,6% de chlore actif) à diluer impérativement pour reconstituer un litre d'Eau de Javel® à 2,6%,
- sous forme diluée en bouteille d'un litre (2,6% de chlore actif).

Les conditions de conservation (date de péremption, température, durée, lumière), de dilu tion et de durée d'application doivent être respectées pour que l'Eau de Javel® soit efficace.

Bon à savoir / Astuces

L'efficacité de l'Eau de Javel® est diminuée en présence de matières organiques et lors de mélange avec d'autres produits chimiques. Un nettoyage et un rinçage à l'eau sont donc indispensables avant son application.
L'Eau de Javel® à 2,6% de chlore actif doit être fraîchement préparée et appliquée dans ce cas là pendant 15 minutes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la santé, DGS, juillet 2006

VII - Gestion des déchets

Question n°72

Disposez-vous à portée de main, dans la salle de soins d'un collecteur permettant l'élimination immédiate des objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) ?

Justifcation de la question

Les déchets d'objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) doivent être triés dès leur production (dans la salle de soins) dans les conteneurs ou emballages réservés à leur élimination.

Explications et moyens pratiques

Doit être prévue dans la salle de soins une boîte à OPCT norme AFNOR NFX30-500 pour les déchets piquants, coupants, tranchants que l'instrument ait été utilisé ou non (exemple : lame de bistouri, aiguille). Les instruments déclassés devront suivre cette filière.

Les préconisations liées à la gestion des déchets de soins sont reprises sur une fiche en fin de document.

Bon à savoir / Astuces

Ces collecteurs ne doivent jamais être remplis au-delà du repère marqué sur la boite. Cela est impératif pour que le système de fermeture définitive fonctionne correctement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, DGS, 2006
Code de la santé publique (articles R1335-1 et suivants ; article R4127-269)

Question n°73

Disposez-vous d’un collecteur spécifique pour les déchets d’activité de soin à risque infectieux (DASRI autre qu’OPCT) ?
Disposez-vous d’un contrat d’enlèvement des DASRI avec une entreprise spécialisée ?

Justifcation de la question
L’élimination des DASRI se fait obligatoirement par une filière spécifique et en utilisant des collecteurs normalisés.

Explications et moyens pratiques

Les déchets d’activité de soin à risque infectieux doivent être triés dès leur production dans les conteneurs ou emballages réservés à leur élimination.

Un contrat de collecte doit être signé avec un collecteur-transporteur agréé pour les déchets à risques. Ce contrat de collecte doit rappeler :

- la réglementation en vigueur ;
- l’identification du collecteur-transporteur ;
- les modalités de conditionnement, d’enlèvement, de collecte, de transport et de traitement ;
- les conditions financières ;
- les clauses de résiliation ;
- la durée ;
- la mise à disposition des conteneurs nécessaires, spécifiques à chaque type de déchets, identifiés et conformes aux normes en vigueur. En fonction du poids des déchets produits, le praticien est soumis à une périodicité de collecte.

A proximité de la salle de soins :
Doit être prévue une poubelle pour les déchets d’activités de soins à risques infectieux (DASRI) : déchets mous et tout matériel ayant été en contact avec le patient (protège salive, bavettes).

Périodicité de la collecte :
La périodicité de collecte doit être :
trimestrielle lorsque la quantité produite durant la période est inférieure à 5Kg ;
toutes les semaines lorsque la quantité produite est entre 5 et 100 kg ;
toutes les 72 heures lorsque la quantité est supérieure à 100kg.

Bon à savoir / Astuces

Le producteur de déchets en est responsable jusqu’à leur élimination ou leur revalorisation. Même si un collecteur vient chercher vos déchets au cabinet, seule la remise d’un certificat de destruction de vos déchets (feuillet 1 du Cerfa n°11351*02) vous décharge de cette responsabilité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, DGS, 2006

Code de la santé publique (articles R1335-1 et suivants ; article R4127-269)
Arrêté du 14 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques (JO du 27 octobre 2011)
Code de l'environnement (article L541)

Question n°74

Votre installation est-elle équipée d'un séparateur d'amalgame ? Les déchets d'amalgames sont-ils recueillis et traités dans une filière spécifique ?

Justifcation de la question
Les déchets d'amalgame font partie des déchets à risques qu'ils soient contaminés ou non. Ils ne peuvent pas être éliminés avec les eaux usées. Ils doivent être valorisés.

Explications et moyens pratiques

Les déchets secs d'amalgame contenus dans le pré-filtre de l'unit ou dans les capsules pré-dosées sont conditionnés dans des emballages spécifiques.
Les effluents liquides contenant des résidus d'amalgame sont évacués vers le réseau d'eaux usées après leur passage dans un séparateur d'amalgame installé à distance du point de soins.
Les résidus d'amalgame contenus dans le séparateur d'amalgame sont éliminés selon une procédure bien définie en fonction du type du séparateur.
A ce titre, le responsable du cabinet dentaire doit établir avec un prestataire de service, pour le traitement ou la collecte des déchets d'amalgame, une convention écrite.

Si le praticien fait appel à une société de collecte, il utilisera les formulaires Cerfa n°10785*01 et n°10786*01.
S'il se charge lui-même de la collecte et du transport, il utilise le formulaire Cerfa n°10787*01.

Bon à savoir / Astuces

Les déchets résiduels d'amalgame restant sur le plateau lors de soins peuvent être éliminés de la même manière.

Une dent extraite contenant de l'amalgame doit être traitée avec les déchets d'amalgame.

Les bordereaux d'enlèvement des cartons et boites ainsi que ceux de revalorisation des déchets doivent être conservés par le producteur et la société pour une période de 3 ans. Le praticien est responsable de ses déchets tant qu'il n'a pas le bordereau de destruction signé par l'entreprise et l'usine de traitement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS
Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie, DGS, 2006 Arrêté du 30 mars 1998 relatif à l'élimination des déchets d'amalgame issus des cabinets dentaires Arrêté du 29 mai 2009 relatif aux transports de marchandises dangereuses par voies terrestres (dit « arrêté TMD »)

VIII - Vigilances

Question n°75

En termes de matériovigilance, connaissez-vous les dispositions relatives à la déclaration à l'Afssaps des incidents mettant en cause un dispositif médical (critères et procédures) ?
Connaissez-vous les dispositions relatives à la pharmacovigilance, c'est-à-dire les modalités de signalement d'incidents liés à l'utilisation d'un médicament ?

Justifcation de la question
Les professionnels de santé sont tenus de signaler tous types d'effets indésirables.

Explications et moyens pratiques

La **matériovigilance** se définit comme une veille sanitaire permanente dont les objectifs sont : la surveillance, le signalement, le traitement, l'investigation des événements indésirables liés à l'utilisation des dispositifs médicaux.
Elle vise les matériels et matériaux utilisés dans les cabinets dentaires et notamment les dispositifs médicaux sur mesure (prothèses dentaires, appareillages d'orthodontie). La matériovigilance impose à certaines personnes (fabricants, utilisateurs et tiers) de signaler les incidents qu'elles ont pu constater. Les chirurgiens dentistes, fabricants et utilisateurs sont naturellement soumis à ces obligations.
Doivent être signalés obligatoirement et sans délai à l'Afssaps :

- Les incidents ou risques d'incidents ayant entraîné ou susceptibles d'entraîner la mort, ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers.

Donnent lieu facultativement à un signalement auprès du directeur de l'Afssaps (pour les praticiens exerçant en cabinet de ville) les incidents suivants :

- réaction nocive et non voulue se produisant lors de l'utilisation d'un dispositif médical conformément à sa destination ;
- réaction nocive et non voulue résultant d'une utilisation d'un dispositif médical ne respectant pas les instructions du fabricant ;
- tout dysfonctionnement ou toute altération des caractéristiques ou des performances d'un dispositif médical ;
- toute indication erronée, omission et insuffisance dans la notice d'instruction, le mode d'emploi ou le manuel de maintenance.

La **pharmacovigilance** est la surveillance et la prévention du risque d'effet indésirable, que ce risque soit potentiel ou avéré, des médicaments lorsqu'ils sont consommés largement dans le cadre de leur commercialisation.

La déclaration est obligatoire et doit être faite le plus rapidement possible au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) pour tout effet indésirable grave ou tout effet indésirable inattendu susceptible d'être dû à un ou plusieurs médicaments ou produits, y compris lorsqu'il est la conséquence d'un abus ou d'un mésusage. Lorsque le médicament contient des substances psychoactives, la déclaration doit être effectuée auprès du système national de pharmacodépendance.

En outre, il est vivement recommandé de déclarer :

-tout cas de surdosage ;

-toute exposition au cours de la grossesse ou de l'allaitement ;

-tout autre effet ou situation ayant une conséquence néfaste, potentielle ou avérée pour la santé ;

-toute observation de perte d'efficacité (notamment avec les vaccins, les contraceptifs ou les médicaments destinés au traitement de maladies mettant en jeu le pronostic vital...) ;

-tout effet qu'ils jugent pertinent de déclarer.

Ces déclarations doivent être systématiquement adressées au CRPV, de préférence à celui dont le professionnel de santé dépend géographiquement.

Bon à savoir / Astuces

Les déclarations se font sur les formulaires suivants :

- Cerfa n°10246*03 « Signalement d'un incident ou d'un risque d'incident de matériovigilance »
- Cerfa n°10011*02 « Fiche de pharmacovigilance »
-

Les obligations en matière de pharmacovigilance sont en train de changer (loi en discussion au Parlement en procédure accélérée) : les professions médicales auront l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / SITES INTÉRESSANTS :

Code de la santé publique (articles L5212-1 et suivants, R5212-1 et suivants, articles R5121-150 et suivants) Afssaps, Matériovigilance, http ://www.afssaps.fr/Activites/Materiovigilance Afssaps, Pharmacovigilance, http ://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacovigilance

ANNEXE
7 FICHES SYNTHETIQUES





BONNES PRATIQUES

RISQUES INFECTIEUX
→ Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

Précautions standard [1]

Mesures d'hygiène de base à appliquer **par tous** les praticiens et leurs assistant(e)s et **pour tous** les patients [2]

Hygiène des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique

AVANT TOUT EXAMEN OU SOIN DENTAIRE

- **Risque infectieux bas et moyen** : désinfection par friction hydro-alcoolique
- **Risque infectieux haut** : désinfection chirurgicale par friction hydro-alcoolique

IMMÉDIATEMENT APRÈS LE RETRAIT DES GANTS

RAPPEL
LE LAVAGE SIMPLE DES MAINS EST INDIQUÉ :
- **à la prise d'activité avec un brossage des ongles**
- **si mains visiblement souillées ou poudrées**

Port de gants

- **Systématique** pour tout examen ou soin dentaire et lors de la manipulation d'instruments souillés
- Retrait **immédiatement** après le soin
- Changement systématique à chaque interruption des soins (contact avec l'environnement non protégé: téléphone, tiroir...)
- Port de gants non poudrés recommandé : permet dès leur retrait l'application des produits hydro-alcooliques

Port de masque chirurgical

- **Systématique** pour tout soin dentaire
- De préférence un masque **chirurgical** [3], constitué de 4 couches dont une imperméable
- **Recouvre** le nez, la bouche et le menton
- **Changé entre chaque patient** et chaque fois qu'il est humide
- **Éliminé** dès son retrait dans la filière **DASRI**
- Utilisation **limitée à 4 heures** en continu

Port de lunettes de protection

- **Systématique** pour tout acte
- Larges et munies de **protections latérales**
- En cas de port de lunettes de vue : utilisation d'un **masque à visière** ou de lunettes de protection adaptées à la vue
- **À nettoyer entre chaque patient** avec une solution détergente désinfectante [4]

Tenue professionnelle

- Tunique à **manche courte** et pantalon
- Changée **quotidiennement** et en cas de souillures

Prévention des AES

- Respect de la **limite de remplissage** des boîtes à Objets Piquants/Coupants/Tranchants : < 3/4 de volume
- Boîte à OPCT disposée **à portée des mains** pour une élimination immédiate
- Manipulation avec **précautions** de l'instrumentation à risque AES (curette...)
- Si le **recapuchonnage** ne peut être évité pour les seringues spécifiques dentaires, il s'effectue **à l'aide d'un dispositif spécifique à une main.** Préférer l'usage d'un matériel sécurisé

Traitement des surfaces souillées

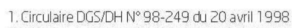
- **Toutes surfaces souillées** par des liquides biologiques font l'objet d'un nettoyage-désinfection avec un détergent-désinfectant de surface. Seuls les produits ayant un **marquage CE** peuvent être utilisés sur les surfaces [4] de dispositifs médicaux (directive 93/42/CEE)

Matériels souillés



- **Immergés immédiatement après l'usage** dans un bain de produits détergents-désinfectants [5], situé dans la salle des soins

Rédaction : D. Landriu/CCLIN Paris-Nord, D. Lesaffre/CHICréteil, R. Zeitoun/SFHOS, K. Shakouri/DGS – Conception Paragramme - DICOM S 10-004-02



1. Circulaire DGS/DH N° 98-249 du 20 avril 1998
2. http://www.sfhh.net/telechargement/recommandations_preventiontransmissioncroiseeSFHH.pdf
3. Directive européenne EN 93/42/CEE, norme EN 14683, masque chirurgical type IR OU IIR
4. Normes NF EN 1040, NF EN 1275, NF EN 1276 pour une activité en 15 minutes maximum
5. Normes NF EN 13727, NF EN 13624, NF EN 14476





MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS



Accident exposant au sang (AES) ou aux liquides biologiques

Conduite à tenir

1 Premiers gestes en urgence

SI PIQÛRE-COUPURE OU CONTACT PEAU LÉSÉE

- Ne **jamais** faire saigner
- Nettoyer **immédiatement** à l'eau et au savon doux
- **Rincer** abondamment
- Réaliser l'antisepsie par trempage au moins **5 minutes** dans le Dakin ou de l'alcool à 70°

SI PROJECTION SUR LES MUQUEUSES (ŒIL)

- **Rincer** abondamment à l'eau courante ou au sérum physiologique au moins 5 minutes

2 Contacter le référent médical AES ou les urgences, dans les plus brefs délais, de préférence dans les 4 heures, pour :

- **Évaluer** le risque infectieux
- Débuter une éventuelle **chimio prophylaxie**
- Demander au **patient source**, après son accord, de pratiquer les sérologies VIH, VHB et VHC

CENTRE HOSPITALIER LE PLUS PROCHE
Nom et coordonnées :

MÉDECIN RÉFÉRENT AES
Nom et coordonnées :

3 Déclarer l'accident de travail

DANS LES 24 H :

- L'employé > à son employeur

DANS LES 48 H :

- L'employeur > à la CPAM + **Joindre le certificat médical initial**
- Le praticien libéral > à son assureur

4 Suivi clinique et sérologique de la victime

5 Analyse des causes de l'accident et mise en place des actions correctives et préventives

Rédaction : D. Landriu/CCLIN Paris-Nord, D. Lesaffre/CHI Créteil, R. Zeitoun/SFHOS, K. Shakouri/DGS – Conception Paragramme - DICOM S 10-004-03







BONNES PRATIQUES

RISQUES INFECTIEUX

→ Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

La gestion des déchets d'activités de soins

Le praticien est responsable des déchets, de leur production à leur élimination

TYPES DE DÉCHETS

DÉCHETS ASSIMILABLES AUX ORDURES MÉNAGÈRES (DAOM)

Papier emballage, essuie-mains, serviettes non souillées...

DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS À RISQUE INFECTIEUX (DASRI)

- Tout dispositif de soin mou souillé par du sang ou autres liquides biologiques (salive) :
  - gants, rouleaux salivaires, pompes à salive, dents extraites...
  - compresses, champs, tuyaux d'aspiration...
- OPCT : aiguilles d'anesthésie, carpule, lames de bistouris à UU, aiguilles de suture, fraises usagées...

DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOINS À RISQUE (DASR)

Ils sont soumis à la réglementation spécifique[1].

1 Tri des déchets dans le cabinet dentaire

DAOM : sac plastique dans support poubelle

DASRI : • Sac plastique jaune conforme à la norme NF X30-501, placé dans un support poubelle



• Boîte jaune dans la salle de soins pour l'élimination exclusive et immédiate des OPCT (boîte conforme à la norme NF X30-500)

DASR : boîte de récupération d'amalgames secs et séparateurs d'amalgames au niveau des fauteuils

2 Stockage dans un local dédié

DAOM : stockage dans un conteneur adapté

DASRI : stockage dans un conteneur avant l'enlèvement

La durée de stockage est fonction de la quantité produite mensuellement

- >5Kg/mois : 7 jours
- < ou = à 5Kg/mois : 3 mois

3 Transport et élimination

DAOM : éliminer quotidiennement selon la filière des ordures ménagères

DASRI : le transport vers le lieu d'incinération impose un suremballage ou un conteneur agréé :
- < 15 Kg : transport personnel (bornes de collecte dans certaines déchetteries) ou prestataires agréés
- >15 Kg : prestataires agréés

DASR : • Collecte par une société, utiliser les bordereaux 1 et 2 de CERFA (n° 10875 et 10786*01)
• Collecte et transport par le praticien, utiliser le bordereau 3 CERFA (n° 10787*01)

4 Traçabilité des DASRI

Il est nécessaire d'avoir la traçabilité de l'élimination :
- **État récapitulatif annuel** réalisé par le prestataire
- L'ensemble des documents **à conserver pendant 3 ans**

1. Arrêté du 30 mars 1998 relatif à l'élimination des déchets d'amalgames issus des cabinets dentaires. Circulaire DGS/DH n° 97/305 du 22 avril 1997 relative à la gestion du risque mercuriel dans l'activité médicale

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE LA TRAÇABILITÉ DES DASRI[2]

Type de collecte	Documents fournis par	Production ≤ à 5 kg	Production > à 5 kg
Absence de regroupement	Le producteur	Bon de prise en charge	Bordereau CERFA 11351*01
Regroupement	Le prestataire	Bordereau CERFA 11352*01	Bon de prise en charge + Bordereau CERFA 11352*01

2. L'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques





MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Rédaction : D. Landriu/CCLIN Paris-Nord, D. Lesaffre/CHCrétel, R. Zeitoun/SFHOS, K. Shakouri/DGS – Conception Paragramme - DICOM S 10-004-04



La stérilisation

Recommandations

- Le résultat de la désinfection ou de la stérilisation est tributaire de la **réalisation correcte des opérations** de la **pré-désinfection et de nettoyage**
- Il est nécessaire d'**emballer les objets à stériliser** afin qu'ils conservent un état stérile après passage dans l'autoclave
- Le traitement des dispositifs médicaux fait l'objet de **procédure de traçabilité**

Stérilisation à la vapeur d'eau

En chirurgie dentaire et en stomatologie, seule l'utilisation d'un cycle de type B est recommandée, avec une température de 134°C pendant 18 minutes.

Contrôles et traçabilité

- Test de pénétration de la vapeur
- Indicateur physico-chimique de classe 6 par charge
- Enregistrement du cycle de stérilisation

L'étiquetage des dispositifs médicaux, la constitution d'un dossier de traçabilité et l'archivage de tous les cycles quotidiens accompagnés de leurs tests effectués en routine sont nécessaires pour assurer la traçabilité.

Recommandations pour l'autoclave

- Marquage CE au titre de la directive européenne 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux
- Conformité à la norme NF EN 13060 de novembre 2004
- Validation du procédé de stérilisation (norme NF EN ISO 17665-1) avant la 1re mise en fonction
- Contrat de maintenance (interventions nécessaires, fréquence et protocoles d'entretien...)



Rédaction : D. Landriu/CCLIN Paris-Nord, D. Lesaffre/CH Créteil, R. Zeitoun/SFHOS, K. Shakouri/DGS – Conception Paragramme - DICOM S 10-004-05







BONNES PRATIQUES

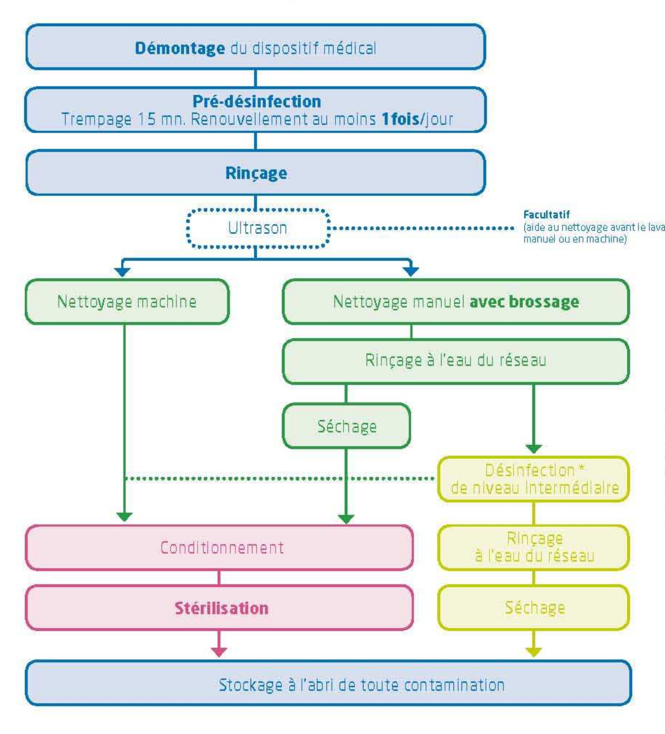
RISQUES INFECTIEUX
→ Infections associées aux soins dans les cabinets dentaires

Traitement des dispositifs médicaux (DM)

Traitement des DM en fonction du niveau du risque

TYPE D'ACTE	NIVEAU RISQUE INFECTIEUX	DISPOSITIF MÉDICAL	NIVEAU DE TRAITEMENT RECOMMANDÉ
Pénétration dans des tissus ou des cavités stériles ou au niveau du système vasculaire (curette, fraise, instruments endo-canulaires)	Risque Haut	Critique	**Usage unique** ou **stérilisation**
Contact avec les muqueuses (miroir, precelle, porte amalgame)	Intermédiaire	Semi-critique	**Stérilisation** Si le matériel est thermosensible : Laveur-désinfecteur[1] ou désinfection[2] de niveau intermédiaire*
Sans contact ou contact peau saine : embout de lampe polymérisée	Bas	Non critique	Désinfection de bas niveau

Traitement des dispositifs médicaux réutilisables



*La procédure de désinfection est très limitée dans le domaine de la chirurgie dentaire du fait de l'existence du matériel autoclavable ou à usage unique disponible. Tout instrument réutilisable thermorésistant doit être stérilisé.





1. Conforme au PR EN ISO 15-883-2
2. Normes NF EN 13727, NF EN 13624, NF EN 14476, NF EN 14348

Rédaction : D. Landriu/CCLIN Paris-Nord, D.Lesaffre/CHICréteil, R. Zeitoun/SFHOS, K. Shakouri/DGS – Conception Paragramme - DICOM S 10-004-06



La désinfection chirurgicale des mains

par friction avec un Produit hydro alcoolique (PHA)[1]

Indications [2]

À RÉALISER AVANT TOUT ACTE CHIRURGICAL (chirurgie endodontique, avulsion avec fraisage de l'os, implantologie...)

PRÉALABLE À LA PRISE DE POSTE OU SI MAINS SOUILLÉES :

- **Réaliser un lavage simple des mains et des avant bras** avec un savon doux associé à un brossage des ongles avec une brosse stérile (30 secondes/main)
- **Rincer abondamment** à l'eau du réseau
- **Sécher soigneusement** en tamponnant avec des essuie-mains à usage unique





2 Paume sur dos de main



3 Espaces interdigitaux





5 Pulpe des doigts

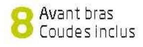






7 Poignets







9 Avant-bras



Technique [3]

Le geste nécessite 2 frictions

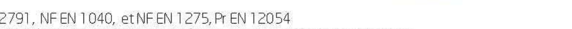


Répartir le produit sur la totalité des mains, avant bras, coudes inclus, et frictionner jusqu'au séchage complet



Même technique de friction jusqu'à séchage complet, **les coudes étant exclus de l'application**

Respecter la dose et le temps préconisés par le fabricant pour répondre à la norme EN 12791



1. Norme NF EN 12791, NF EN 1040, et NF EN 1275, Pr EN 12054
2. Les études ont montré qu'il y a une meilleure tolérance des PHA par rapport aux savons
3. Afin d'améliorer la tolérance cutanée et l'efficacité, un délai minimum de 10 minutes est conseillé entre le lavage et la friction





Rédaction : D. Landriu/CCLIN Paris-Nord, D. Lesaffre/CHI Créteil, R. Zeitoun/SFHOS, K. Shakouri/DGS – Conception Paragramme - DICOM S 10-004-07